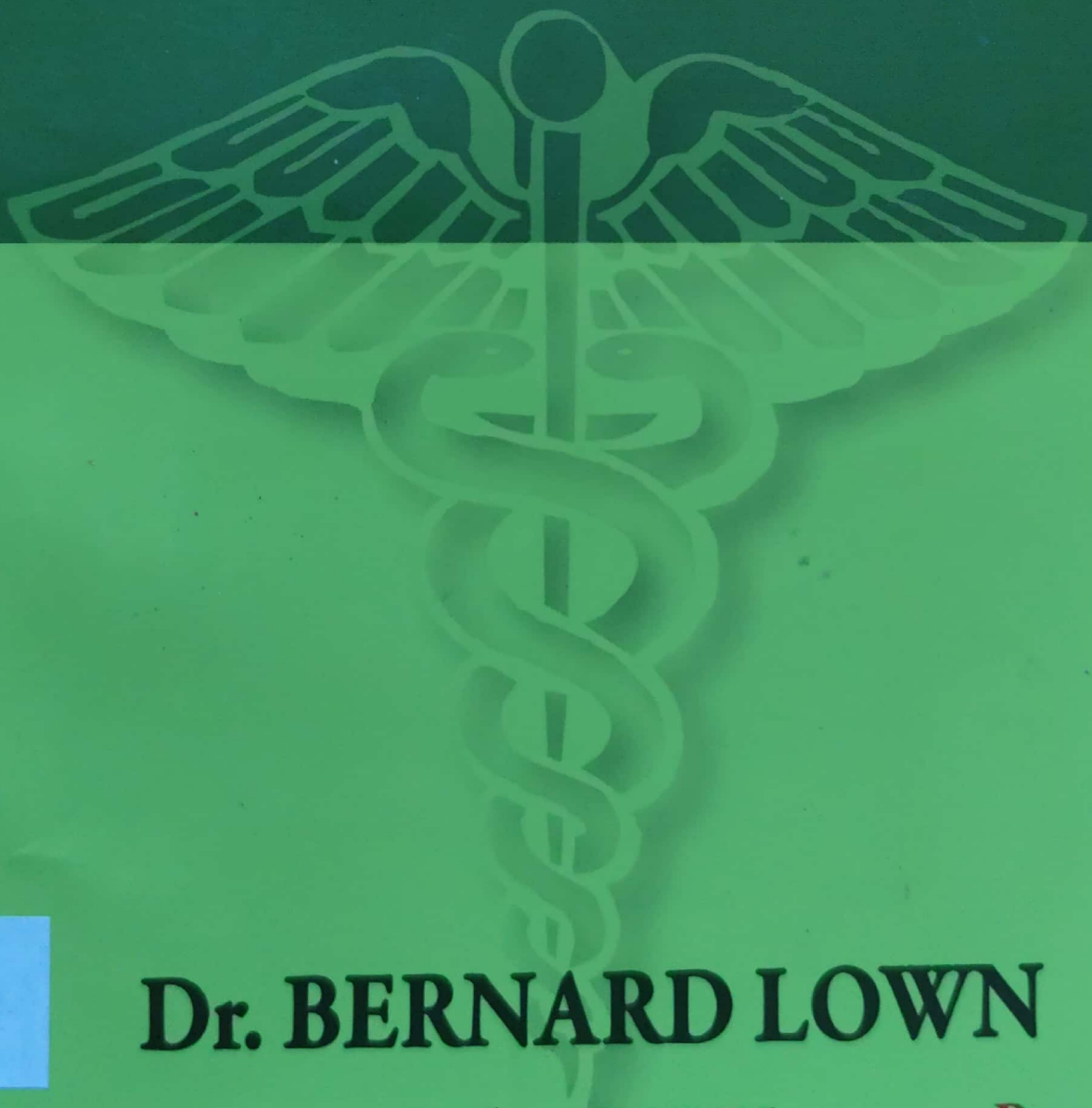
Arta pierdută a vindecării



Dr. BERNARD LOWN

Laureat al Premiului NOBEL pentru Pace

Scanned with OKEN Scanner

DR. BERNARD LOWN

ARTA PIERDUTĂ A VINDECĂRII

Traducere: SANDA TAŞULA

Scanned with OKEN Scanner

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LOWN, BERNARD

Arta pierdută a vindecării / Bernard Lown; trad.: Sanda Taşula. - Bucureşti: Editura Științelor Medicale, 2007

ISBN 978-973-86571-5-1I.

Taşula, Sanda (trad.)

61

Redactare: CRISTINA JELESCU
Tehnoredactare: RADU MARCELA
Bun de tipar: EMILIA LEANCĂ

THE LOST ART OF HEALING
Copyright © 1996, 1999, by Bernard Lown
Toate drepturile acestei ediții în limba română aparțin Editurii LIDER

OP 5 CP 15 Sector 4, Bucureşti
Tel./ Fax: 0314.108.648
e-mail: lider@e-xtreme.ro; site: www. trustul-lider.ro

Scanned with OKEN Scanner

„Am inclus această carte plină de miez a doctorului Lown în lectura obligatorie a medicilor din Programul de medicină integrativă al Universității din Arizona. Ea readuce, în relația medic-pacient, acea înțelepciune pierdută azi în vîltoarea medicinei super-tehnicizate şi orientate spre profit". (Andrew Weil, doctor în medicină)

„Bernard Lown scoate în evidență misterul
şi maiestuozitatea medicinei".

The New York Times Books Review

Scanned with OKEN Scanner

Cîteva elogii la adresa cărţii „Arta pierdută a vindecării"

„Există puţini înţelepţi în minunata artă a inovării medicale. Bernard Lown este, cu siguranţă, unul dintre ei".

The Nation

„Această minunată carte, scrisă de unul dintre cei mai eminenţi cardiologi ai lumii, vă poate salva viaţa – şi ar putea salva medicina americană. Oferiţi acest dar de viaţă persoanelor pe care le iubiţi!".

Alan Dershowitz

„Bogată în anecdote fascinante şi în comentarii personale... Prin însăşi publicarea ei, *Arta pierdută a vindecării* ne asigură că adevărata vindecare rămîne încă în centrul atenţiei practicii medicale şi al învăţămîntului medical. Cariera strălucită şi creatoare a doctorului Lown, desfăşurată pe mai multe fronturi, stă mărturie pentru influenţa exercitată de un «doctor de doctori»."

The Jewish Advocate

„Mesajul acestei cărţi nu este doar informativ, ci şi civilizator, dar nu numai atît. Este o carte foarte interesantă şi uşor accesibilă tuturor, fără complicaţii."

John Kenneth Galbraith

„*Arta pierdută a vindecării* este foarte uşor de citit, iar povestirile medicale sunt irezistibile".

Richard Selzer, doctor în medicină

„Un mare cardiolog disecă inima medicinei: relaţia doctor-pacient. El îşi aplică stetoscopul pe sistemul medical american de tip A şi prescrie pentru bolile acestuia un

Scanned with OKEN Scanner

tratament simplu, deşi ieşit din uz: ascultare, respect şi grijă pentru fiecare pacient, ca fiinţă umană individuală. Plină de povestiri care fascinează, amuză şi conving, *Arta pierdută a vindecării* ar trebui să se regăsească în cabinetul fiecărui medic."

Dale A. Matthews, doctor în medicină,
autor al cărţii Factorul credinţă:
o dovadă pentru puterea de vindecare a rugăciunii

„Memoriile mobilizatoare ale unui medic distins care se foloseşte de povestiri atractive pentru a atrage atenţia asupra faptului că vindecarea pacientului trebuie să fie scopul medicinei...

[Lown] scrie cu compasiune despre provocarea pe care o au de înfruntat medicii în îngrijirea vîrstnicilor, iar eseul lui despre moarte şi despre trecerea în nefiinţă ar trebui să fie o lectură indicată multor aşa-numiţi doctori. Istorii provocatoare şi pline de învăţăminte, care aduc speranţa că medicina nu şi-a pierdut încă faţa umană."

Kirkus Review

„Greu de lăsat din mînă... Istorioarele sunt fascinante...Citiţi această carte!"

The Lancet

„Scrisă cu graţie... Ancheta lui stimulatoare este ca o sondă medicală atît pentru medici, cît şi pentru pacienţi."

Publishers Weekly

Scanned with OKEN Scanner

Mulțumiri
Nota autorului

Mari învățători și instituții extraordinare m-au ajutat să-mi continui cercetările în medicină și să dezvolt o filozofie a vindecării.

În aceste pagini, cititorul va întîlni adesea numele lui Samuel A. Levine, un doctor care m-a învățat nu numai arta tratamentului, ci și să iubesc medicina. Mi-au trebuit decenii ca să ajung profesor și numeroasele întrebări critice a peste o sută de doctoranzi care au lucrat cu mine timp de doi ani m-au ajutat să mă perfecționez. De la ei am învățat că o povestire cu o bogată încărcătură umană este mult mai instructivă decît un fapt lipsit de semnificații emoționale.

Colegii m-au ajutat în dobîndirea experienței clinice, dar rolul cel mai important l-au jucat asociații mei din Grupul Cardiovascular Lown. Ei nu doar predicau o bună medicină, dar o și practicau zi de zi. Cel mai apropiat și mai vechi asociat al meu a fost Thomas Graboys, un medic de o pricepere desăvîrșită. Ca director al Grupului Lown, el recomandă sprijinirea bolnavilor ca o misiune fără compromisuri a medicului. Fiecare dintre membrii grupului – dr.Charles Blatt, dr. Shmuel Ravid și dr. Susan Bennett – m-a învățat să învinge cîteva din provocările medicinei. Nu în ultimul rînd, educatori mi-au fost și numeroșii mei pacienți, mulți dintre ei prezenți în această carte. Ei continuă și acum să mă inspire și să mă susțină.

De asemenea, trei instituții: Spitalul Peter Bent Brigham (PBBH), devenit mai tîrziu Spitalul Brigham pentru femei, apoi Harvard School of Public Health (HSPH) și Lown Cardiovascular Center au avut o mare influență asupra dezvoltării mele ca medic și ca profesor. Cînd am ajuns la Spitalul Peter

Scanned with OKEN Scanner

Bent, acesta nu era doar o instituţie cu patruzeci de ani de existenţă, ci o adevărată Mecca medicală. O atare recunoaştere m-a convins că implicarea unei instituţii în cercetarea medicală inovatoare nu diminuează capacităţile ei de a asigura o excelentă îngrijire bolnavilor.

Asocierea mea cu Şcoala de medicină de la Harvard mi-a oferit o perspectivă mai largă asupra sănătăţii şi dimensiunii ei sociale. Mai presus de orice, Şcoala de la Harvard mi-a asigurat un mediu prielnic pentru a-mi putea extinde cercetările, iar o parte a acestora sunt prezente în carte. Aceste investigaţii n-ar fi fost posibile fără sprijinul necondiţionat al doctorului Fredrick Stare, preşedinte al Secţiei de nutriţie, unde s-a desfăşurat întreaga mea muncă de cercetare.

În acelaşi timp, la Centrul cardiovascular Lown am făcut testele necesare pentru punerea în aplicare a cercetărilor avansate, ca şi a practicării medicinei ştiinţifice – sănătoase şi compasionale. Acest lucru nu ar fi putut fi dus la bun sfîrşit fără o echipă care îmi împărtăşea principiile şi era oricînd pregătită să meargă pînă la capăt.

Am discutat cu mai mulţi prieteni, printre care William Davenport, Alan Dershowitz, Daniel şi Anita Fine, John Kenneth şi Catherine Galbraith, Jennifer Leaning, Prasannan Parthasarathi, Juliet Schor, Jerome Rubin, Patricia Fagen şi agentul meu Todd Schuster, care m-au încurajat şi m-au sprijinit necondiţionat în publicarea şi în promovarea acestei ediţii.

Cîţiva editori au contribuit în mod inestimabil la claritatea limbajului şi la organizarea conţinutului. Într-o fază mai timpurie, Louis Berny şi Sharon Hogan mi-au dat sugestii nepreţuite. O armonizare a textelor a fost făcută de editorii de la Houghton Mifflin, în special de Harry Foster. El m-a încurajat, cu o mare sensibilitate, să renunţ la paginile scrise într-un limbaj medical inaccesibil. Întrebările lui iscoditoare m-au ajutat să clarific naraţiunea şi să-mi consolidez argumentaţia. Redactorul de carte Gerry Morse este cel ce a şlefuit textul. În afară de mine, nimeni nu a citit de mai multe ori textul decît soţia mea, Louise, care îl corecta şi îl îmbunătăţea de fiecare dată.

Tuturor, profunda mea recunoştinţă.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Mulțumiri. Nota autorului 9

Prefață 13

I. Ascultarea pacientului. Arta diagnosticului 23
1. *Știința anamnezei și arta ascultării* 25
2. *Ascultarea prin atingere* 47
3. *Mintea și inima* 53
4. *Sindromul Münchausen* 74

II. Vindecarea pacientului. Arta doctorului 87
5. *Cuvinte care rănesc* 89
6. *Cuvinte care vindecă* 108
7. *Inimi de întuneric, cuvinte de lumină* 121
8. *Puterea certitudinii* 138
9. *Tehnici extraordinare de vindecare* 154
10. *Malpraxisul corupe vindecarea* 174

III. Vindecarea pacientului. Știință 195
11. *Digitalina. Prețul invenției* 197
12. *O nouă tradiție medicală* 213
13. *Șocul care vindecă. DC și cardioversia* 226
14. *Secția de supraveghere coronariană* 242
15. *Extrasistola ventriculară. Palpitație sau prevestire?* 255

IV. Probleme incurabile 269
16. *Grija pentru vîrstnici. Probleme și provocări* 271
17. *Moartea și procesul morții* 311

Scanned with OKEN Scanner

V. Răsplata doctorului 343
18. *O poveste hasidică modernă* 345

VI. Arta de a fi pacient 363
19. *Cum să-i facem pe doctori să ne asculte* 365
Postfață la ediția revăzută 387

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

Şcoala de medicină a Statelor Unite este considerată, pe toate meridianele, drept cea mai bună din lume. Rareori trece o zi fără o realizare ştiinţifică majoră. Multe dintre bolile considerate în trecut fatale sunt acum vindecabile. Oamenii sunt mai sănătoşi şi speranța de viață este mai mare ca oricînd. Totuşi, nemulțumirea pacienților a crescut. Deşi medicii sunt din ce în ce mai bine pregătiți să trateze bolile şi să prelungească viața, publicul american este bănuitor, neîncrezător şi chiar declară război acestei profesii. Doctorii recunosc, la rîndul lor, jenați, mirați, plini de resentimente sau de mînie, existența unei crize generale a îngrijirii sănătății. Concentrate pe uriaşele cheltuieli medicale ce se ridică la un trilion de dolari anual, cele mai multe dintre soluții indică necesitatea stăvilirii costurilor crescînde. Această carte ajunge la o concluzie diferită asupra cauzei suferinței sistemului nostru de sănătate.

Criza profundă prin care trece medicina, cred eu, este doar parțial legată de costurile umflate, fiindcă problema e mult mai profundă decît economicul. După părerea mea, motivul principal este acela că medicina şi-a rătăcit calea, dacă nu şi sufletul. A fost rupt un pact nescris între doctor şi pacient, consfințit cu milenii în urmă.

De la începutul carierei de medic am văzut cum medicina se bucură de tot mai mult respect, adesea înălțat pînă la adulație. Apoi am văzut cu tristețe cum a început să decadă tot mai rapid. La jumătatea secolului trecut, imaginea unui medic depăşea în strălucire aproape orice altă profesie. Totuşi, în mod cert, cu fiecare nou miracol al medicinei, imaginea

Scanned with OKEN Scanner

medicilor îşi pierde din strălucire. Reputaţia doctorilor a decăzut mai mult ca niciodată, excepţie făcînd poate timpurile biblice, cînd Eclesiastul intona: „Pe cel ce greşeşte în faţa Creatorului, lasă-l să cadă în mîinile doctorului".

Nici o transformare socială importantă nu are o singură cauză. Reflectînd acum la ultimii patruzeci şi cinci de ani de practică medicală, văd cum un lucru vital pare că a dispărut. Şi mi se pare că medicina s-a complăcut într-un pact cu Mefisto. O tradiţie de trei mii de ani, care i-a unit pe medic şi pe pacient printr-o legătură de încredere, a fost schimbată cu un nou tip de relaţie. Vindecarea este înlocuită cu tratamentul, îngrijirea cu administrarea..., iar arta ascultării de procedurile tehnologice. Doctorii nu mai îngrijesc *persoane* distincte, ci se preocupă de anumite părţi biologice, fragmentate, aflate în disfuncţie. Iar biata făptură umană este adesea absentă de la tranzacţie.

Introducerea unei tehnologii tot mai sofisticate este cu siguranţă una din cauze. Comparată cu imaginile clare furnizate de ultrasunete, de rezonanţa magnetică, de tomografia computerizată, de endoscopie şi de angiografie, o anamneză a pacientului pare slabă, confuză, subiectivă şi aparent irelevantă. Mai mult chiar, întregul istoric al bolii iese mai greu la iveală. Unii doctori consideră tehnologia drept un substitut al convorbirii cu pacientul.

Declinul înregistrat de imaginea profesiei de medic este, de asemenea, accelerat de extraordinara învăţătură „hibridă" inoculată studenţilor în medicină. Lor li se predă un model medical reducţionist, în care fiinţele umane sunt prezentate ca nişte fabrici biochimice complexe. O persoană bolnavă este mai curînd un depozit de organe care nu funcţionează cum trebuie sau de sisteme reglatoare deranjate care conduc la o dilemă tehnică. În interiorul acestui mecanism, doctorul, ca om de ştiinţă, întrebuinţează instrumente sofisticate şi metode avansate menite să ducă la un incitant act de descoperire.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste concepții sunt susținute nu numai de noțiunile filozofice contemporane despre boală, ci și de argumente economice puternice. Societatea pune un premiu mult mai mare pe tehnologie decît pe ascultare și pe consiliere. Timpul petrecut în sala de operații sau cel în care se realizează o procedură agresivă este răsplătit de zece ori mai mult decît conversația cu pacientul sau cu familia acestuia. Ca urmare a acestei scări de valori răsturnate, practica medicală curentă se concentrează pe acut și pe aparență și rămîne complet indiferentă la profilaxie și la păstrarea sănătății. Deoarece medicina preventivă – deși este recunoscut faptul că ea determină costurile efective ale bolii – are nevoie de mai mult timp, ea este complet neglijată. Munca de prevenire, stăruitoare, reprezintă doar vioara a doua, după terapiile eroice.

Sînt convins că situația nu va fi rezolvată de impasurile economice. Putreziciunea va continua să macine această profesie pînă cînd doctorii se vor întoarce la tradiția lor ca vindecători. Eseistul Anatole Broyard scria, cu puțin timp înainte de a muri de cancer la prostată, dedicîndu-i doctorului său aceste cuvinte emoționante:

„Nu i-aș cere doctorului meu prea mult din timpul lui. Aș vrea doar ca el să mediteze la situația mea timp de cinci minute, să-mi dăruiască măcar o dată atenția lui în întregime, să fie legat de mine pentru scurt timp, să-mi examineze atent sufletul la fel ca și corpul pentru a pătrunde pînă la boala mea, fiindcă fiecare om este bolnav în felul lui... Așa cum prescrie analize de sînge și radiografii ale oaselor, mi-ar plăcea ca doctorul meu să mă scaneze, să-mi caute spiritul precum îmi caută prostata. Fără măcar puțină atenție de acest fel, eu nu sunt nimic altceva decît boala mea..."

(Anatole Broyard, *New York Times Magazine*, 26 august 1990).

Scanned with OKEN Scanner

Scopul meu nu este să împărtăşesc experienţe medicale interesante, ci mai curînd să prezint un mesaj, o idee centrală, vitală pentru vremurile noastre tulburi. Practicarea medicinei cu înfăţişare umană este posibilă şi în această eră de involuţie socială spre gaura neagră a egocentrismului. Şi, într-adevăr, ea este mai necesară ca oricînd.

Doresc să accentuez faptul că ştiinţa nu trebuie abandonată în scopul vindecării. Dimpotrivă, vindecarea este mai uşoară cînd arta şi ştiinţa sunt conjugate, cînd trupul şi spiritul sunt cercetate împreună. Numai cînd doctorii pot medita asupra sorţii unei persoane lovite de frică şi de durere, abia atunci îşi dau seama de individualitatea unică a unei fiinţe umane anume. Astfel, un pacient devine mai mult decât boala lui sau a ei. Această amplă implicare aprinde tăciunele imaginaţiei clinice, ascute precizia judecăţii şi îl ajută pe medic să ia repede decizii. În acest fel, un doctor dobîndeşte curajul de a se lupta cu incertitudinile, luptă în care numai aplicarea tehnicii este insuficientă. Atunci pacientul şi doctorul stabilesc o legătură de la om la om. Cînd pacientul este astfel individualizat, sporesc şansele doctorului de a-l vindeca. Cu mai bine de cincizeci de ani în urmă, Francis Peabody, un medic din Boston, afirma că secretul îngrijirii pacientului este... grija faţă de el.

Un doctor cîştigă încă de la prima vizită respectul pacientului ascultîndu-l cu atenţie. În acest scop, el trebuie să-şi ascută toate simţurile. Ascultarea este dispozitivul cel mai puternic din arsenalul unui medic împotriva bolii. În fapt, un doctor care urmăreşte cu grijă istoricul bolii ajunge la un diagnostic corect în 70% din cazuri, ceea ce înseamnă că e mult mai eficace decît toate testele şi tehnologiile disponibile în mod curent. Şi acest lucru se întîmplă deoarece majoritatea plîngerilor adresate de pacient doctorului, indiferent dacă se referă la unul sau altul dintre organe, izvorăsc, în general, din asprimea şi din tulburările vieţii. Adesea, oprirea unei inimi dureroase, insesizabile pentru

Scanned with OKEN Scanner

oricare instrument modern, nu rămîne ascunsă unei urechi care ştie să asculte un oftat aproape neauzit, nici unui ochi sensibil la o lacrimă nevăzută.

Cei cu sînge rece şi puternic ancoraţi în realitate ar putea gîndi că acestea sunt vorbele unui romatic, dar nici măcar un realist nu rămîne indiferent la beneficiile economice. Calea cea mai puţin costisitoare pentru un doctor de a ajunge la un diagnostic este de a se angaja în acest act cu întreaga sa fiinţă. De exemplu, durerea de piept la un bărbat de vîrstă mijlocie este o problemă obişnuită, care conduce, de obicei, la investigaţii extinse şi costisitoare. Răspunsul doctorului este de obicei stereotip. După un istoric pripit al bolii, pacientul este informat că este necesar să facă nişte teste privind *angina pectorală*, ce indică o serioasă afecţiune coronariană. Pacientul doreşte, bineînţeles, să înceapă imediat. După cîteva săptămîni de anxietate, de-a lungul cărora sunt efectuate o mulţime de investigaţii scumpe, provocarea culminează cu o angiogramă coronariană, procedură de altfel invazivă. Cînd pacientul este informat că angiograma este normală, iar durerea din piept nu e legată de inimă, el simte un profund respect pentru abilitatea şi cunoştinţele vaste ale doctorului şi e foarte impresionat de puterile magice ale tehnologiei moderne în cercetarea interiorului inimii sale. Recunoştinţa pacientului îi confirmă doctorului că a urmat calea cea bună. Mai mult, aceasta îi întăreşte convingerea că, înfăşurîndu-se în robele greceşti ale Casandrei şi prezicînd ce e mai rău, poate fi foarte avantajos pentru doctor atît din punct de vedere psihologic, cît şi financiar.

Dar întreaga mascaradă este inutilă – iar opinia mea se bazează pe cei patruzeci şi cinci de ani de experienţa cu mii de pacienţi care se plîngeau de dureri în piept. La un diagnostic de angină pectorală se poate ajunge, în aproximativ 90% dintre cazuri, printr-o interogare fără grabă a pacientului. Aceasta era şi opinia doctorului William Heberden, care a dat o excepţională descriere a anginei pectorale în urmă cu

BIBLIOTECA JUDEŢEANĂ

Scanned with OKEN Scanner

două sute de ani şi nici o tehnologie subiacentă nu i-a contrazis teoria. În marea majoritate a cazurilor, un istoric corect al bolii scoate la iveală că acea durere din piept poate avea drept cauză artrita, stresul, indigestia sau alte probleme comune. Boala coronariană este improbabilă în absența lipemiei crescute, a diabetului sau a hipertensiunii, în special cînd din istoricul familiei lipsesc bolile de inimă, iar subiectul nu a fumat, nici nu a fost supus unui stres excesiv. Aceste informații pot fi obținute printr-o interogare atentă a bolnavului şi cîteva teste de laborator. Atenția acordată la început poate calma anxietatea bolnavului şi poate scuti societatea de uriaşe cheltuieli, în cazul de față economisindu-se cam jumătate din costurile investigațiilor. Noi risipim multe miliarde de dolari anual numai pentru diagnosticarea durerilor pectorale. Criza financiară în medicină este, la urma urmei, o criză a îngrijirii medicale – şi voi argumenta acest lucru în capitolele următoare.

Îmi închipui că, în acest punct, cititorii sceptici se întreabă dacă ar putea fi de acord cu mine – contrazicînd mulțimea informațiilor cu care sunt în prezent copleşiți americanii. Cine sunt eu şi care e credibilitatea mărturiei mele imprimate în aceste pagini? Voi sublinia deci, pe scurt, cum am ajuns să cred atît de ferm în ceea ce susțin aici.

Am acumulat multe povestioare medicale de-a lungul anilor. La sfîrşitul unei zile obişnuiesc să iau notițe despre pacienții pe care i-am văzut. Reflectînd la impresia pe care mi-au făcut-o, am ajuns încet-încet să realizez cum pregătirea mea medicală, începută de timpuriu, m-a condus la interesul pentru unicitatea fiecărui pacient.

Cînd am intrat la Şcoala de medicină Johns Hopkins, în 1942, aş fi vrut să studiez psihiatria, deoarece o consideram un mijloc de înțelegere a comportamentului unei persoane, dar am abandonat-o fiindcă mi se părea lipsită de rigoare ştiințifică şi invadată de un scolasticism medieval. Aveam nevoie de ordine şi tînjeam după finele simetrii şi

Scanned with OKEN Scanner

predictibilități permise de știință. Psihiatria, în mod evident, nu era pentru mine. Romantismul juvenil îmi întărise credința că știința va demistifica în curînd corpul uman și va descoperi procesele esențiale care indică boala. Credeam pe atunci în realizările științifice și tehnologice ale zilei și doream cu pasiune să contribui la inexorabila goană a descoperirilor.

Cardiologia era pe atunci în avangarda progreselor rapide în medicină. Introducerea cateterelor cardiace de către laureații premiului Nobel, André F. Cournand și Dickinson W. Richards tocmai cînd absolveam Școala de medicină, în 1945, deschisese noi orizonturi și noi provocări. Pentru prima oară se putea pătrunde în siguranță în cavitățile inimii, care puteau fi acum explorate prin mișcarea sensibilelor catetere. Diagnosticarea nu se mai făcea pe ghicite, pe baza observațiilor clinice, se transformase instantaneu într-o metodă științifică, bazată pe măsurări directe. Au apărut tehnici chirurgicale inovatoare care să corecteze defectele congenitale ale inimii, să repare valve care nu funcționau bine și, eventual, să efectueze bypass-uri pe arterele coronariene obturate. Tot ce era mai bun și mai strălucit era pentru cardiologie.

Cînd mi-am început eu cariera, în practica medicală bolile infecțioase precum tuberculoza sau poliomielita erau ținute sub control pe scară largă, în timp ce bolile de inimă deveneau cauza principală a decesului în rîndul națiunilor industrial dezvoltate. În Statele Unite, la fiecare nouăzeci de secunde, cineva murea subit din cauza unei boli de inimă. Problemele ce trebuiau rezolvate erau numeroase, complexe și provocatoare. Noile perspective științifice au dus la abordări inovatoare și la inventarea unor dispozitive revoluționare; cîteva enigme au fost dezlegate, iar bolile socotite în trecut fatale cedau în fața progreselor medicale. Optimismul era moneda curentă a zilei.

Am venit la Boston ca să obțin gradul de *fellowship* (profesor asociat) cu unul dintre marii cardiologi ai acestui

Scanned with OKEN Scanner

centru, dr. Samuel A. Levine. El era profesor la Şcoala de medicină de la Universitatea Harvard, care îşi avea sediul atunci la spitalul Peter Bent Brigham, cunoscut acum ca Spitalul Brigham pentru femei. Prima mea temă de cercetare se referea la un medicament vechi, *digitalina,* folosit timp de secole pentru a combate disfuncţiile inimii. Deşi un remediu eficace, el poate cauza serioase perturbări ale ritmului cardiac şi chiar moartea. Munca mea de cercetare a demonstrat rolul critic al potasiului în determinarea întrebuinţării fără pericol a digitalinei.

Descoperirile veneau una după alta şi, deşi eram foarte tînăr, am cîştigat o recunoaştere mondială pentru introducerea curentului direct în resuscitările cardiace, ca şi pentru tehnica numită „cardioversie", pe care am inventat-o pentru a corecta diferite tahicardii, adică accelerarea bătăilor inimii. Aceste descoperiri au salvat mii de vieţi şi au deschis calea secţiilor de tratament coronarian şi operaţiilor pe cord deschis, inclusiv bypass-ului arterelor coronariene obstruate. Munca noastră a elucidat şi înspăimîntătorul mister al morţii subite cardiace, cînd am început să definim metodele pentru prevenirea ei.

O altă figură fecundă pentru munca mea de cercetare a fost profesorul Fredrick Stare, care a deschis prima secţie de nutriţie la Şcoala de medicină de la Harvard pentru sănătatea publică şi a încurajat cercetările mele medicale timpurii. Deşi conduceam un mare laborator de cercetări în departamentul lui, nu m-am depărtat nici de practica din clinică. Primeam săptămînal pacienţi şi participam la vizitele zilnice de la spital. De aceea opiniile mele despre medicină provin nu doar dintr-un turn de fildeş academic, ci şi din tranşeele practicii private de clinică.

La formarea opiniilor mele filozofice au contribuit mai multe elemente: străin prin naştere, ereditate evreiască de tradiţie rabinică, dragostea de lectură şi, mai presus de toate, o continuă poveste de iubire cu...medicina. Activitatea mea medicală de peste patru decenii mi-a sporit fascinaţia faţă de

Scanned with OKEN Scanner

arta magică a vindecării, aşa cum a fost expusă de un mare medic-filozof din secolul al XII-lea, Maimonides, care se ruga astfel: „Să nu uit niciodată că pacientul este asemeni mie, o creatură în durere. Să nu-l consider niciodată doar un recipient al bolii ...“

Mă simt privilegiat fiindcă sunt medic. Un doctor, la urma urmei, are un fotoliu de orchestră la un spectacol inegalabil. Deşi arta poate imita viaţa, ea nu se poate măsura cu aceasta. Doctorul este un spectator la o panoramă extinsă de evenimente care constituie o oglindă a istoriei culturale şi sociale a unei epoci. Adesea m-am simţit vinovat că i-am lăsat pe pacienţi să-mi plătească. Fiindcă rareori îi este permis cuiva să aibă o perspectivă atît de intimă asupra oamenilor. Nici o plăcere nu e înrudită cu bucuria de a ajuta alte fiinţe umane să-şi asigure şi să-şi prelungească viaţa. Această carte este o mică recompensă pentru pacienţii mei, cei mai mari profesori ai mei, cei care m-au ajutat să devin doctor.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

1

Ascultarea pacientului:

Arta diagnosticului

1

Ştiinţa anamnezei şi arta ascultării

În această eră a înfloririi tehnologice este uşor să uităm că un element esenţial al îngrijirii medicale derivă dintr-o artă făurită în zorii civilizaţiei umane. Acum 2500 de ani, Hipocrate afirma: „Acolo unde există iubirea pentru om există şi iubirea pentru artă. Unii pacienţi, deşi conştienţi că situaţia lor este periculoasă, îşi recapătă sănătatea fiindcă sunt mulţumiţi de doctorul lor". Iar în secolul al XVI-lea, Paracelsus, marele medic german, includea printre aptitudinile de bază ale doctorului „intuiţia necesară pentru a înţelege pacientul, corpul acestuia şi boala lui. El trebuie să îşi dezvolte simţul tactil, lucru ce face posibilă comunicarea simpatetică cu spiritul pacientului".

Aceste principii nu şi-au pierdut valabilitatea nici în actuala epocă, în care ştiinţa deţine supremaţia. Practica pe care eu am adoptat-o subscrie acestei vechi moşteniri. Decizia mea nu a fost nici decretată de Ceruri, nici influenţată de înzestrarea genetică. Marii mei profesori m-au învăţat ce înseamnă medicina. Primul dintre ei a fost dr. Samuel A. Levine, sub îndrumarea căruia am început să mă pregătesc pentru gradul de profesor asociat la Spitalul Peter Bent Brigham din Boston, în 1950. Deşi el avea să devină mentorul şi modelul meu, după doi ani petrecuţi sub tutela lui m-am lăsat dominat de aroganţa tinereţii şi am hotărît că bătrînul nu prea mai are ce să mă înveţe. Eram plictisit de istorioarele lui, pe care le auzisem de nenumărate ori, şi mi se părea că

Scanned with OKEN Scanner

participarea zilnică, alături de el, la vizitele din spital îmi consumau cîteva ore prețioase, care mai bine ar fi fost dedicate, credeam eu, cercetării.

Timp de șase luni nu am mai făcut turul spitalului cu doctorul Levine, lucrînd doar la clinica ambulatorie de cardiologie, o dată pe săptămînă. În curînd mi-a fost greu să admit că mă confruntam cu incompetența mea ca medic. Era o diferență enormă între rezultatele doctorului Levine și ale mele. El, cu nimic altceva decît cu puțină înțelegere a fiziopatologiei, prescria o poțiune verificată și pacientul se înzdrăvenea și prospera, iar eu îl copleșeam cu cele mai noi descoperiri scoase la iveală din *New England Journal of Medicine* – și nu aveam astfel de rezultate.

Ca să-mi calmez frustrările, am sfîrșit prin a asista la rondurile lui șase zile pe săptămînă, în speranța că voi ajunge să stăpînesc arta vindecării. Probabil că nu am fost un învățăcel prea silitor, fiindcă mi-au mai trebuit încă unsprezece ani alături de Levine pentru a-mi cîștiga încrederea în mine ca medic. Dar, în sfîrșit, arta lui a dat roade, ajungînd, în cele din urmă, să înțeleg unicitatea fiecărui pacient și să prescriu tratamente individualizate.

De-a lungul acestor numeroși ani, admirația mea pentru incredibila abilitate în calitate de medic a doctorului Levine a crescut. Am recunoscut, precum a făcut-o și dr. William Osler, că: „medicina este știința incertitudinii și arta probabilității". El credea că majoritatea informațiilor relevante poate fi obținută printr-o corectă anamneză și o examinare fizică meticulos executată. El ne învăța că un ansamblu de teste nu poate înlocui o minte ascuțită – și totuși lăuda progresul științific și susținea că arta medicinei constă în a aduce știința medicinei la patul bolnavului. El a examinat peste treizeci de mii de bolnavi și părea că fiecare din ei și-a păstrat un loc în memoria lui. Principala caracteristică a discernămîntului lui clinic era o stranie capacitate de a-și aminti cu detalii precise de aproape orice pacient pe care îl

Scanned with OKEN Scanner

văzuse, iar acesta era un mod de recunoaştere care îl ajuta să distingă liniile principale de întorsăturile irelevante.

Levine a instruit o generație de cardiologi despre unicitatea sindromului de angină pectorală. Oricît de uimitor ar părea, nu îmi amintesc ca Levine să fi greşit vreodată diagnosticul. El ne învăța că la un pacient care acuză dureri în piept nu este, în general, nici o dificultate să determinăm dacă durerea este un efect al unei boli circulatorii coronariane. Este într-adevăr, important, spunea el, ca medicul să investească timp, să stea de vorbă cu pacientul, fără grabă, dînd atenție, în special, detaliilor care au legătură cu durerile. Puțini medici moderni sunt pregătiți să recunoască un caz subtil de angină, în general, pentru că ignoră tocmai aceste detalii sau nu doresc să investească timp în stabilirea istoricului bolii. În prezent, diagnosticarea bolilor coronariene se realizează mai ales prin teste – agresive sau nu – incluzînd angiograma. Dintr-un milion de angiograme coronariene efectuate în 1993, două sute de mii au revelat artere coronariene normale. Dacă se ținea seama de învățătura lui Levine, puțini sau nici unul dintre aceşti pacienți cu artere „normale" n-ar fi fost supuşi unui test agresiv şi costisitor.

Demersul lui Levine permitea diagnosticarea corectă a anginei pectorale chiar de la prima întîlnire cu pacientul. Levine încerca să-l deruteze pe pacient, cerîndu-i, de exemplu, să arate cu degetul unde este localizată durerea. Or, angina nu este resimțită ca durere şi nici nu poate fi indicată cu degetul. Dacă totuşi pacientul urma instrucțiunile şi arăta spre un anumit loc al pieptului, atunci doctorul putea elimina din start diagnosticul de angină pectorală. Dacă în schimb, în loc să indice cu degetul, pacientul încleşta pumnul sau punea latul palmei pe zona sternală, atunci angina era diagnosticul corect. Aceasta era confirmată mai departe dacă pacientul, descriind senzația, întrebuința cuvinte ca: „Mi-e greu s-o descriu, nu e realmente o durere, este mai curînd o strînsoare, o greutate sau o apăsare". Atunci diagnosticul

Scanned with OKEN Scanner

devenea sigur. Levine oferea numeroase indicii, astfel încât medicul nu avea cum să se înşele în privinţa diagnosticului, şi asta chiar înainte de încheierea primei vizite.

Pe vremea cînd activam ca profesor-invitat la Los Angeles, la începutul anilor '60, l-am auzit pe doctorul M., un fost doctorand al lui Levine, vorbind în public despre acesta. Dr. M. a povestit că, odată, le-a fost prezentat un tînăr ce părea sănătos, care se plîngea de un disconfort în partea superioară a abdomenului. După ce i-a pus cîteva întrebări, dr. Levine a atribuit cu hotărîre aceste simptome anginei şi a scris pe tablă o singură propoziţie: „Acest om are angină pectorală". Pacientul, în vîrstă de 34 de ani, nu avea factori de risc pentru boala coronariană. O examinare mai atentă a relevat însă ceva neobişnuit pentru o persoană atît de tînără – o hernie strangulată, care era cauza simptomelor atribuite de dr. Levine anginei. Dr. M. continuă: „Levine a arătat că era superior doctorilor de duzină. El a notat pe tablă, subliniind: «Diagnosticul meu este greşit». Ar fi putut ascunde această eroare. Dar nu-i stătea în fire bunului, bătrînului Sal. Toţi trebuiau să vadă asta".

Am mai participat, după acest episod, la rondurile doctorului Levine. Ieşind din salon, l-am întrebat cu nevinovăţie dacă era ceva obişnuit să apară asemenea simptome la o hernie strangulată. Răspunsul lui Levine m-a surprins:

– Bineînţeles că nu. Sunt convins că acest om are o boală a arterei coronariene şi că simptomele se datorează anginei.

– Atunci de ce aţi scris acea notă ?

– Eu sunt profesor. Este deci important să arăt tinerilor că nimeni nu e infailibil.

Apoi a adăugat, chicotind:

– Chiar şi marele Levine poate greşi. Nu vreau să apar ca un om meschin în faţa tinerilor doctori care se agaţă de orice cuvînt al meu.

Istorioara are şi o încheiere ironică, dar şi tragică: trei ani

Scanned with OKEN Scanner

mai tîrziu, la vîrsta de 37 de ani, acel om a suferit un atac de cord. Evident, diagnosticul inițial al lui Levine a fost corect. Privind în urmă, cred că Levine a comis, totuşi, o eroare: aceea de a nu-l fi informat pe pacient de situația lui reală. Trebuie să ne amintim însă că acest eveniment s-a petrecut cu peste patruzeci de ani în urmă, cînd nu exista nici o procedură medicală care să fi putut schimba situația.

Levine îi învăța pe studenți un proces de descoperire clinică în care mici indicii ajutau la urzirea unui veşmînt elegant al diagnosticului, din fire aflate la îndemînă. Mai întîi trebuie să existe un istoric al bolii care să separe indiciile decisive de cele irelevante. Apoi, examinarea fizică trebuie să confirme sau să infirme diagnosticul. Unealta supremă, după Levine, este stetoscopul, prin care pot fi ascultate misterele inimii. Acest dispozitiv simplu şi ieftin este de neprețuit pentru a asculta sunetele – şi murmurele cardiace. Levine susținea că, după o examinare completă, rareori se poate întîmpla să rămînă îndoieli asupra diagnosticului. El sugera că încrederea în acea aşa-numită examinare bazată pe artileria medicală grea – raze X sau fluoroscopie cardiacă, electrocardiogramă, fonocardiogramă, analize ale sîngelui şi ale urinei – reprezintă o mărturie a lipsei de aptitudini clinice.

Levine acumulase o veritabilă enciclopedie de mici secrete de diagnostic, legate în general de bolile tratabile. De exemplu, ştiind că endocardita bacteriană subacută – o infecție a valvelor inimii – se întîlneşte foarte rar în absența unui murmur cardiac sau la pacienții cu fibrilație atrială cronică, doctorul putea să scutească pacientul de procedurile costisitoare ale diagnosticului şi de neplăcutele analize de sînge. Levine era genial în găsirea unor abordări simple pentru problemele dificile, de exemplu, testul său de recunoaştere a coarctației de aortă, o constricție congenitală a părții superioare a aortei, principalul vas sangvin ce transportă sîngele de la inimă spre corp. Această boală, adesea nebănuită, dar tratabilă, produce o tensiune mare a sîngelui

Scanned with OKEN Scanner

doar în partea superioară a corpului. Levine s-a gîndit că, dacă apăsăm simultan şi degetul mare de la mînă, şi cel de la picior, cînd le eliberăm din strînsoare, albirea degetului de la picior va persista mai mult dacă fenomenul de constricţie e prezent. S-a dovedit că aşa se întîmplă. Testul poate fi executat în zece secunde, nu necesită vreun instrument special şi nu costă nimic.

De asemenea, Levine era extraordinar de abil în recunoaşterea tireotoxicozei, cauzată de hiperactivitatea glandei tiroide. Această disfuncţie era, de obicei, trecută cu vederea, iar el punea diagnosticul corect cînd nimeni altcineva nu-l bănuia. Pacientul prezintă multe simptome clasice ale unei boli de inimă şi aritmie, deşi problema de bază nu e inima, ci tiroida hiperactivă, situaţie care poate fi tratată.

Levine căuta cele mai banale simptome: tremurul uşor al mîinilor întinse, un apetit zdravăn, dar fără a lua în greutate sau chiar cu pierdere în greutate, mişcări excesive (altfel normale) ale intestinelor, transpiraţia într-o încăpere rece, preferinţa unei persoane vîrstnice pentru vremea rece, o mînă caldă într-o zi răcoroasă, încărunţirea timpurie, o înroşire a pomeţilor. Cînd găsea vreunul din simptomele de mai sus, el se lansa într-o căutare intensivă a unor mici semnale adiţionale: o piele moale, caldă, transpirată, un uşor tremur al limbii, o hiperactivitate a reflexelor şi, mai ales, o înfăţişare strălucitoare, alertă, o abia detectabilă creştere în dimensiuni a tiroidei sau o rapiditate a mişcărilor, acestea fiind simptome care urmau să confirme diagnosticul.

Îmi amintesc de ziua cînd endocrinologul spitalului i-a cerut lui Levine să consulte o femeie suspectată de o boală coronariană. Abia ajunsesem în salon, că Levine începu să tresalte de o neascunsă emoţie şi, imediat după ce i-a auscultat inima, a diagnosticat tireotoxicoza. M-a întrebat ce credeam despre zgomotul I al inimii şi i-am răspuns că era ca o trosnitură.

Scanned with OKEN Scanner

– Cum legi asta de un interval P-R[1] cam lung pe electrocardiogramă? întrebă el. Ştii că situaţiile în care intervalul PR prelungit se asociază cu un zgomot I intens sunt graviditatea, stenoza mitrală, fistula arterio-venoasă, boala Paget sau anemia severă. Deci, este aceasta o femeie gravidă la 60 de ani sau îndeplineşte una dintre celelalte condiţii?

Eu am scuturat din cap, dar am protestat, susţinînd că pune un diagnostic pe prea puţine informaţii. El a oftat din pricina lipsei mele de perspicacitate clinică.

– Bernie, ai scăpat din vedere ceva foarte evident, a concluzionat el.

– Ce e atît de evident ?

– Nu observi că priveşte fix cu ochiul stîng?

M-am uitat cu atenţie şi, deşi nu era chiar evident, exista o asimetrie a ochilor, pleoapa stîngă fiind retrasă cîţiva milimetri. Acest lucru nu era neobişnuit în tireotoxicoză. Levine, triumfător, spuse iritat:

– Aşa că diagnosticul este o tiroidă hiperactivă, chiar dacă nu pot palpa guşa cu tiroida mărită.

Spre marea neplăcere a endocrinologului, a cărui specialitate era boala tiroidei, diagnosticul a fost apoi confirmat.

Doctorul Levine era impresionat de perspicacitatea şi de rapiditatea pacienţilor hipertiroidieni. El îi admira şi credea că aceasta îi protejează împotriva bolilor arterei coronariene. Am aflat mai tîrziu, cînd el a devenit pacientul meu, că luase trei granule de tiroxină zilnic, timp de peste treizeci de ani. El susţinea că persoanele cu funcţiile tiroidei crescute aveau ochi luminoşi, scînteietori şi păreau să fie oameni interesanţi, deoarece ochii sunt oglinda sufletului. Levine sugera că fascinaţia universală exercitată de Mona Lisa se datorează hipertiroidiei. El susţinea că privirea ei fixă îi face pe oameni

[1] Intervalul P-R este timpul necesar pentru ca un impuls electric să treacă din atriu în ventricul. Se măsoară în sutimi de secundă.

Scanned with OKEN Scanner

să creadă că se uită la ei şi că acesta ar fi motivul atenţiei cu care a fost privită această pictură de-a lungul secolelor. Într-o zi chiar mi-a spus: „Dacă te uiţi cu atenţie la gîtul Monei Lisa, vei observa că este umflat din cauza guşei tiroidiene".

Vizitînd muzeul Luvru de mai multe ori, am studiat-o pe extraordinara domniţă a lui Da Vinci, dar n-am reuşit niciodată să observ guşa. Asta nu înseamnă că vreau să neg diagnosticul mentorului meu, fiindcă Levine vedea adesea ceea ce alţii nu observau. Şi de ce n-ar avea dreptul şi profesorii să-şi lase imaginaţia să zboare, precum poeţii?

Levine m-a învăţat arta ascultării, esenţa artei. Ascultarea efectivă include toate simţurile, nu doar urechile. Practicarea artei medicale implică nu numai cunoaşterea expertă a bolii, dar şi o apreciere a detaliilor intime ale vieţii emoţionale a pacientului care, de obicei, ţine de psihiatrie. Despre nevoia implicării complexe în viaţa pacientului nu se face aluzie în textele medicale, nici nu e menţionată în practica medicală. Dar pentru a reuşi să vindece, un doctor trebuie să fie pregătit, mai presus de orice, să *asculte*. Ascultarea atentă este ea însăşi terapeutică, fiindcă auzim multe poveşti frumoase. Foarte puţine cărţi expun condiţia umană mai clar decît un pacient care a permis cuiva să privească adînc în ochii lui – sau ai ei.

În scurtul răstimp pe care îl avem la dispoziţie pentru istoricul bolii, nu trebuie să urmărim doar faptele esenţiale, ci să încercăm să pătrundem în sufletul omului. Acest lucru pare uşor, dar a asculta este cel mai complex şi mai greu de mînuit instrument din trusa unui medic. El trebuie să fie un ascultător activ, pentru a auzi şi ceea ce nu se spune.

Privind în tavan

Chang Goyang, om de ştiinţă din Maryland, venea la cabinetul meu însoţit de fiecare dată de mica lui soţie chinezoaică; aceasta privea mereu drept înainte – o privire împietrită, care îmi amintea de statueta calmă şi lipsită de

Scanned with OKEN Scanner

emoţie a lui Buddha. Goyang era deja de un deceniu pacientul meu, diagnosticat cu o angină pectorală, ca urmare a unor stenoze semnificative a arterelor coronare. Iniţial a venit la Boston pentru o consultaţie, deoarece medicii lui din Maryland îi recomandau cît mai repede o operaţie de bypass, de care se temea. El revenea în fiecare an pentru consultaţie, iar starea inimii sale rămăsese stabilă de cîţiva ani.

Şi de data aceasta, relatarea lui confirma stabilitatea bolii coronariene. M-a lăsat să cred că nu erau schimbări în severitatea sau în frecvenţa suferinţelor anginoase, iar capacitatea lui de efort nu se diminuase. Spunea că înoată de cinci ori pe săptămînă şi că se plimbă nestînjenit de nici o durere de piept. Pentru a face exerciţii fără să fie în pericol lua, profilactic, seara, o singură tabletă de nitroglicerină sublingual. Eram mulţumit de relatarea lui.

Totuşi, în timpul examenului clinic nu mi-am putut stăpîni tulburarea. După un timp mi-a devenit clar ce anume mă tulbura. Spre deosebire de vizitele anterioare, ceva era diferit. Doamna Goyang, care întotdeauna se uita fix la mine, acum se uita insistent în tavan, fără să ne privească, nici pe soţul ei, nici pe mine. Nu se mai comportase niciodată astfel. Să fi fost vreun semnal? Poate că se certaseră pe drum, în lunga călătorie cu maşina. Poate că era plictisită. Pe de altă parte, poate că ea încerca să-mi comunice ceva. Dar ce?

„Prostii, nu te lăsa dus de fantezie. Nu-l mai juca pe Hamlet", m-am apostrofat singur. Dar gîndurile reveneau obsesiv şi îmi distrăgeau atenţia de la examinarea domnului Goyang. De ce oare acţionam ca un antic ecleziast, încercînd să fac deducţii, cînd aş fi putut, pur şi simplu, să o întreb pe doamna Goyang despre ce era vorba?

Examenul fizic nu arăta nimic diferit faţă de anul trecut. Eram încredinţat de forma lui bună şi mă pregăteam să-l trimit, pentru încă un an, să urmeze acelaşi program. Dar în loc să discut cu amîndoi de faţă, cum făceam de obicei, am

Scanned with OKEN Scanner

discutat doar cu ea, între patru ochi. Am întrebat-o ce făcea domnul Goyang. Ea mi-a răspuns că el îmi povestise deja.

– S-a schimbat ceva? am întrebat eu.

Ea a încremenit şi a încercat să mă evite, repetînd că ar trebui să-l întreb pe soţul ei. Timp de cinci minute am discutat fără nici un rezultat. Am început să-mi arăt iritarea, fiindcă se vedea clar că ea ascunde ceva. Ridicînd puţin tonul, am întrebat-o în cele din urmă:

– Nu vă pasă de ce i se întîmplă soţului dumneavoastră? O soţie devotată n-ar refuza niciodată să dea informaţii despre soţul ei unui medic.

Femeia aceea impasibilă izbucni în lacrimi:

– Soţia chineză nu ar trebui să-şi vorbească de rău soţul.

Am părăsit generalităţile şi am întrebat-o cu blîndeţe ceva concret:

– Domnul Goyang ia mai multă nitroglicerină?

– Da, se îndoapă cu ea toată ziua, spuse ea printre suspine.

– Face exerciţii ?

– Nu, durerea din piept este prea mare. Nu mai face de o lună.

– Mai înoată?

– Nu, i-e frică...

– Atunci de ce minte? m-am înfuriat eu.

– Îi este frică de operaţia la inimă, răspunse ea.

L-am pus imediat pe Goyang la o probă de efort, la care înainte nu simţea aici o jenă în piept. În trecut era capabil să exerseze unsprezece minute în cadrul unui protocol de efort gradat. Acum, după doar cinci minute, o severă durere în piept şi o transpiraţie abundentă l-au făcut să se oprească. Se plîngea de ameţeli şi tensiunea îi scăzuse. Electrocardiograma a arătat schimbări profunde şi scurte accese de tahicardie ventriculară, o aritmie care poate pune viaţa în pericol.

L-am dus cu o ambulanţă la Spitalul Brigham unde o angiogramă coronariană a arătat îngustarea critică a arterei

Scanned with OKEN Scanner

coronare stîngi. Era cel mai periculos tip de obstrucție, deoarece această arteră este vasul prin care se hrănesc două din cele trei artere principale coronariene. Cînd se ajunge în această situație, singura terapie aplicabilă este intervenția chirurgicală. I s-a făcut o operație urgentă de bypass, recuperarea s-a petrecut fără evenimente deosebite, iar acum se simte foarte bine.

Dacă soția lui nu l-ar fi însoțit şi dacă eu nu aş fi „ascultat" cu ochii, probabil că mi-ar fi scăpat această profundă schimbare a stării lui Goyang. Iar pacientul poate nu ar fi supraviețuit acestei erori.

Ascultarea nu este pasivă. Anamneza medicală este un interviu structurat cu grijă, care trece în revistă sistematic suferința prezentă, antecedentele familiale, apoi acoperă istoria trecută a bolii, examinînd literalmente pacientul din cap pînă în picioare. După introducerea preliminară la întîlnirea cu un nou pacient, doctorul este învățat să se concentreze pe suferința principală, cea care îl aduce pe pacient la doctor. Din nefericire, suferința acuzată poate să nu fie cea care îl deranjează cel mai mult pe pacient şi poate că nu are de-a face cu problema în cauză. Am învățat acest lucru pe cînd eram încă student la Şcoala medicală Johns Hopkins. La peste cincizeci de ani de la absolvire, nu-mi amintesc de toți profesorii, dar mi-a rămas viu în minte dr. Leo Kanner, un psihiatru-pediatru, al cărui impact asupra mea a sporit de-a lungul anilor. Mi-e greu să cred că l-am văzut doar de două ori în viața mea, în 1943, pe cînd eram în anul doi al Şcolii medicale, iar el ne prezenta diverse cazuri.

Boala aparentă

Într-una din prezentări, pe care o am bine întipărită în memorie, doctorul Kanner ne-a povestit despre o femeie pe care o consultase cu cîteva săptămîni în urmă. Se plîngea de

discutat doar cu ea, între patru ochi. Am întrebat-o ce făcea domnul Goyang. Ea mi-a răspuns că el îmi povestise deja.

– S-a schimbat ceva? am întrebat eu.

Ea a încremenit şi a încercat să mă evite, repetînd că ar trebui să-l întreb pe soţul ei. Timp de cinci minute am discutat fără nici un rezultat. Am început să-mi arăt iritarea, fiindcă se vedea clar că ea ascunde ceva. Ridicînd puţin tonul, am întrebat-o în cele din urmă:

– Nu vă pasă de ce i se întîmplă soţului dumneavoastră? O soţie devotată n-ar refuza niciodată să dea informaţii despre soţul ei unui medic.

Femeia aceea impasibilă izbucni în lacrimi:

– Soţia chineză nu ar trebui să-şi vorbească de rău soţul.

Am părăsit generalităţile şi am întrebat-o cu blîndeţe ceva concret:

– Domnul Goyang ia mai multă nitroglicerină?

– Da, se îndoapă cu ea toată ziua, spuse ea printre suspine.

– Face exerciţii ?

– Nu, durerea din piept este prea mare. Nu mai face de o lună.

– Mai înoată?

– Nu, i-e frică...

– Atunci de ce minte? m-am înfuriat eu.

– Îi este frică de operaţia la inimă, răspunse ea.

L-am pus imediat pe Goyang la o probă de efort, la care înainte nu simţea aici o jenă în piept. În trecut era capabil să exerseze unsprezece minute în cadrul unui protocol de efort gradat. Acum, după doar cinci minute, o severă durere în piept şi o transpiraţie abundentă l-au făcut să se oprească. Se plîngea de ameţeli şi tensiunea îi scăzuse. Electrocardiograma a arătat schimbări profunde şi scurte accese de tahicardie ventriculară, o aritmie care poate pune viaţa în pericol.

L-am dus cu o ambulanţă la Spitalul Brigham unde o angiogramă coronariană a arătat îngustarea critică a arterei

Scanned with OKEN Scanner

coronare stîngi. Era cel mai periculos tip de obstrucție, deoarece această arteră este vasul prin care se hrănesc două din cele trei artere principale coronariene. Cînd se ajunge în această situație, singura terapie aplicabilă este intervenția chirurgicală. I s-a făcut o operație urgentă de bypass, recuperarea s-a petrecut fără evenimente deosebite, iar acum se simte foarte bine.

Dacă soția lui nu l-ar fi însoțit şi dacă eu nu aş fi „ascultat" cu ochii, probabil că mi-ar fi scăpat această profundă schimbare a stării lui Goyang. Iar pacientul poate nu ar fi supraviețuit acestei erori.

Ascultarea nu este pasivă. Anamneza medicală este un interviu structurat cu grijă, care trece în revistă sistematic suferința prezentă, antecedentele familiale, apoi acoperă istoria trecută a bolii, examinînd literalmente pacientul din cap pînă în picioare. După introducerea preliminară la întîlnirea cu un nou pacient, doctorul este învățat să se concentreze pe suferința principală, cea care îl aduce pe pacient la doctor. Din nefericire, suferința acuzată poate să nu fie cea care îl deranjează cel mai mult pe pacient şi poate că nu are de-a face cu problema în cauză. Am învățat acest lucru pe cînd eram încă student la Şcoala medicală Johns Hopkins. La peste cincizeci de ani de la absolvire, nu-mi amintesc de toți profesorii, dar mi-a rămas viu în minte dr. Leo Kanner, un psihiatru-pediatru, al cărui impact asupra mea a sporit de-a lungul anilor. Mi-e greu să cred că l-am văzut doar de două ori în viața mea, în 1943, pe cînd eram în anul doi al Şcolii medicale, iar el ne prezenta diverse cazuri.

Boala aparentă

Într-una din prezentări, pe care o am bine întipărită în memorie, doctorul Kanner ne-a povestit despre o femeie pe care o consultase cu cîteva săptămîni în urmă. Se plîngea de

Scanned with OKEN Scanner

faptul că fiul ei de 8 ani, Dicky, avea o problemă de comportament. Părinții îi pregătiseră, la etajul trei al casei, o cameră de joacă plină cu tot ce avea de oferit magazinul Schwarz. Dar în fiecare dimineață, el cobora în living şi răspîndea peste tot, pe covorul persan, cărți şi ziare cu benzi desenate. Nici cererile insistente, nici mituirea sau amenințările nu au schimbat cu nimic comportamentul băiatului. Mama, crezînd că băiatul este bolnav, a cerut ajutorul doctorului Kanner.

În seara aceea, Kanner a asistat la un banchet pentru promovarea vînzării unor creanțe din timpul celui de-al doilea război mondial. Lîngă el s-a aşezat o doamnă distinsă, de vîrstă mijlocie, care i-a povestit în timpul dineului, încercînd să-şi păstreze stăpînirea de sine, că fiul ei Robert era puşcaş marin trimis în Pacific. Îi era frică să nu fie cumva omorît în vreo operațiune din insulele japoneze ocupate. Apoi, cu totul pe neaşteptate, ea a pus o întrebare curioasă:

– Doctore Kanner, poate dumneavoastră, ca psihiatru, îmi puteți explica strania putere psihologică a evenimentelor banale. Gîndindu-mă la trecut, cea mai plăcută amintire este aceea cînd Bobby, copil fiind, răspîndea comics-uri peste tot pe podeaua livingului în fiecare sîmbătă dimineața.

Kanner ne-a explicat apoi că prima femeie, cea care se plîngea de comportamentul fiului ei, suferea ea însăşi de tulburări profunde. Căsătoria ei era pe butuci, iar soțul avea o legătură extraconjugală. Ea se simțea abandonată, disperată şi neajutorată. Suferința ei aparentă era irelevantă pentru problemă. Faptul de care se plîngea ea, continuase Kanner explicația, era doar ca un bilet de intrare la un spectacol de teatru. Apoi ne-a întrebat:

– Să presupunem că sunteți critici dramatici. Ați putea scrie un eseu inteligent doar cu biletul de intrare la un spectacol la care nu ați asistat? Tot ce ați putea spune este că o piesă cu un anumit titlu s-a jucat în cutare dată. Ați mai putea şti şi autorul,

Scanned with OKEN Scanner

dar asta ar fi tot. La fel e şi cu suferinţa aparentă. Ea vă spune că persoana este suficient tulburată de ceva pentru a o determina să ceară ajutor. Dar asta e tot. Adesea, suferinţa acuzată nici măcar nu identifică organul afectat.

Kanner ne-a sfătuit, ca pe începători în ale medicinei, să nu dăm prescripţii pentru bolile acuzate de bolnavi decît dacă am ajuns să-l cunoaştem bine pe pacient şi ştim ceea ce îl tulbură cu adevărat. Un medic care vrea, într-adevăr, să vindece nu poate şi nu trebuie să se concentreze exclusiv pe simptomele acuzate, nici chiar pentru un organ bolnav. Dacă cineva vrea să-i ajute pe bolnavi, trebuie să cunoască aspectele stresante ale vieţii lui. Este regretabil că unii doctori tratează simptomele acuzate, dar aceasta, concluziona Kanner, denotă o practică slabă.

Adesea pacientul se plînge de un disconfort, dar un istoric complet al bolii scoate la iveală o dificultate socială sau o problemă de familie şi înlătură boala aparentă: „Doctore, cu asta nici nu merită să ne batem capul…“ De multe ori sunt implicat în probleme domestice, de muncă sau psihologice, probleme de familie şi chiar probleme globale. Cele mai mari sînt, invariabil, legate de relaţiile familiale. Acestea, o dată identificate, sunt tratate nu cu medicamente, ci prin cuvinte. Sunt convins că majoritatea prescripţiilor destinate să înlăture bolile aparente nu au nici un efect. De aceea atîtea medicamente prescrise se dovedesc ineficiente, dar sunt un factor major în costurile medicale. Un pacient cu o problemă nerezolvată continuă să caute un răspuns şi cumpără tot felul de medicamente, deşi multe dintre acestea au efecte secundare. În plus, în disperarea lui, pacientul consimte la diverse proceduri agresive şi costisitoare.

Doctorii se concentrează întîi pe simptome aparente fiindcă şcolile de medicină nu pregătesc studenţii în arta ascultării. Obţinerea unui istoric corect al bolii nu se predă.

Scanned with OKEN Scanner

Un aforism cam cinic este foarte popular printre doctori: „Dacă orice altceva dă greş, vorbeşte cu pacientul". Un alt factor decisiv este timpul, fiindcă a diagnostica dincolo de simptomele aparente necesită timp – care înseamnă bani! În plus, istoricul nu furnizează date palpabile, în timp ce doctorul are nevoie de certitudini. Totuşi, tendinţa de a urma calea tehnologiei nu e determinată doar de foamea de certitudine. Pentru mine, un alt factor hotărîtor este tehnologia privită ca un substitut efectiv pentru timp.

Limitarea istoricului bolii la simptomele aparente duce adesea la urmărirea fără rezultate a unor piste irelevante, care nu sunt decît tangenţiale la problema principală. Ce se întîmplă cînd problema principală este lăsată deoparte prin concentrarea pe simptome aparente se poate vedea dintr-o întîlnire pe care am avut-o la începutul carierei mele.

Inima slabă a unui tată

O femeie de patruzeci de ani mi l-a prezentat pe tatăl ei, spunîndu-mi: „Tatăl meu are inima slabă". Ea frămînta în mîini o batistă şi părea foarte agitată. Bătrînul, foarte rezervat, privea undeva în depărtare, nedorind să se implice în conversaţie. Nu era senil, fiindcă răspundea lucid şi precis la întrebări. Totuşi, părea lipsit de speranţă.

Cînd l-am întrebat ce îl supără, fiica lui a spus că e prea bolnav ca să răspundă. Ea afirma categoric că el suferă de o severă angină pectorală. Vorbea despre el ca şi cum n-ar fi fost de faţă, iar el nu reacţiona la ce spunea ea. Zilele tatălui ei sunt numărate, îmi sugeră ea. L-am întrebat dacă avea vreun disconfort în piept. Neconsolat, el încuviinţă din cap, apoi se contrazise singur, asigurîndu-mă că din punct de vedere fizic nu are nimic.

– Tati, cum poţi să negi ceea ce e atît de evident pentru oricine? strigă fiica.

Scanned with OKEN Scanner

Am rămas blocat. Orice întrebare era interceptată de fiica sa, care se năpustea mereu ca un atacant de linia întîi la fotbal. Tatăl arăta bolnav, istovit, indiferent şi mult mai în vîrstă decît cei 75 de ani pe care-i avea. Un examen fizic îmi arătă că are o inimă sănătoasă, tensiune normală şi nici un semn de boală cardiacă.

Cînd m-am grăbit să-i împărtăşesc şi fiicei sale vestea cea bună, răspunsul ei mă descurajă.

– O, nu, nu, nu ! strigă ea, izbucnind într-un plîns convulsiv.

Finalmente, am reuşit să o liniştesc.

– Nu credeţi deci că tata are o problemă serioasă cu inima? întrebă ea neîncrezătoare.

În cele din urmă am pus cap la cap lucrurile din povestea ei, în timp ce ea continua să suspine necontrolat şi să se întrebe mereu: „Ce mă fac?“. Tatăl avusese o farmacie de succes, în care soţul ei lucrase ca farmacist. Cînd mama ei a murit, cu cinci ani în urmă, cei doi l-au convins pe bătrîn să se mute cu ei. Au mobilat etajul al treilea şi l-au transformat într-un apartament independent. Cam după un an, l-au convins pe bătrîn să cedeze farmacia ginerelui său.

În ultimii ani, tatăl a avut probleme cu ginerele, care insista ca socrul să nu stea cu ei la masă. Chiar şi mersul tatălui ei prin apartament îl enerva pe soţul femeii. Tatăl era conştient de agitaţia lui şi se temea să se şi mişte de pe scaun cînd ginerele său era acasă. Mîncînd destul de rar, el a pierdut mult din greutate şi a devenit retras. Fiica, pe lîngă remuşcări şi sentimentul de vinovăţie, se temea şi să-i iasă în cale soţului ei mînios. Cu cîteva luni în urmă, acesta a lansat un ultimatum: ori pleacă bătrînul, ori pleacă el. Acesta a fost momentul în care ea s-a convins că tatăl ei trage să moară dintr-o serioasă boală de inimă.

Era o tragedie umană ascunsă de o suferinţă aparentă. Problema imaginară nu avea nimic de-a face cu realitatea care afecta această familie bolnavă.

Scanned with OKEN Scanner

Un indiciu ascuns

Sînt absolut convins că ascultarea, dincolo de simptomul aparent, este cea mai eficientă, rapidă şi necostisitoare cale de a ajunge în profunzimea celor mai multe probleme medicale.

Un studiu britanic arăta că 75% din informaţia care conduce la un diagnostic corect vine dintr-un istoric detaliat al bolii, 10% din examenul fizic, 5% din testele de rutină, 5% din testele costisitoare şi agresive, iar din ultimele cinci procente nu se întrevede nici un răspuns.

Aceste rezultate nu sunt surprinzătoare. La urma urmei, pacientul este „banca de date", singurul loc în care sunt depozitate informaţiile... Pentru a ajunge la ele, cineva trebuie să trateze cu banca. Cîteva din cele mai provocatoare probleme medicale pe care le-am întîlnit au putut fi rezolvate doar prin informaţiile provenite de la pacient.

Timpul investit în obţinerea unui meticulos istoric al bolii nu este niciodată cheltuit zadarnic. O anamneză atentă economiseşte, de fapt, timp. Istoricul furnizează traseul de urmat; fără acesta, călătoria este mai curînd o căutare de repere tehnologice pe la diferite garaje. Cînd îi lipsesc aceste date, un doctor poate fi condamnat la inacţiune sau poate lua decizii terapeutice improprii.

Înainte de a apărea monitorizarea electrocardiografică ambulatorie, stăteam la căpătîiul unui bolnav care avea o aritmie netratabilă. Omul era scos din funcţie de o rapidă aritmie a inimii de cîteva ori pe zi, dar durata spitalizării, vreme de o săptămînă, nu a prezentat nici un fel de tulburare a ritmului cardiac. În timp ce efectuam vizita cu personalul spitalului, făceam comentarii frustrante:

– Dacă am putea grăbi manifestarea aritmiei, problema ar fi rezolvată.

Pacientul, care auzise, m-a privit perplex şi a spus:

– Doctore, eu ştiu cum s-o provoc.

Scanned with OKEN Scanner

– Cum? am întrebat eu derutat.

– Mă ridic în picioare apoi mă aplec să-mi înnod şireturile de la pantoful stîng.

Răspunsul suna ca de pe altă lume, dar i-am satisfăcut capriciul şi l-am încurajat să facă o demonstraţie. El s-a aplecat şi – ia te uită! – a precipitat apariţia tahicardiei pe care o aşteptam neputincioşi.

Adesea, pacientul nu numai că ne spune ce e greşit, dar furnizează şi informaţii care ne sugerează cum să rezolvăm mai bine problema. Un preşedinte de colegiu consultase diverşi doctori timp de un deceniu pentru o tahicardie ventriculară, o tulburare foarte serioasă a ritmului inimii. El fusese internat în multe centre medicale importante din ţară şi se prescriseseră mai mult de o duzină de medicamente, dar fără folos. Cînd a venit pentru o consultaţie, l-am întrebat în ce perioadă a zilei se producea aritmia. El a răspuns că mai ales dimineaţa, înainte să plece la lucru. La întrebarea următoare a răspuns că se manifesta cam între 7,30 şi 8,30 dimineaţa. După ce am mai adunat cîteva informaţii, i-am spus pacientului că problema lui va fi rezolvată dacă pune ceasul să sune la 5,30 dimineaţa şi, îndată ce se trezeşte, să ia o doză dublă de medicament antiaritmic, după care poate adormi din nou. L-am sfătuit să nu mai ia acest medicament în timpul zilei. Urmînd acest sfat în următorii opt ani, el nu a mai prezentat simptome de aritmie.

Este de mirare cum nici un doctor nu a încercat să identifice intervalul de timp precis în care se petrecea aritmia. Luînd o mult mai mare doză pe zi din acest medicament, la diverse intervale, după cum i se indicase, acesta i-a provocat diverse simptome adverse, dar fără să oprească aritmia. Motivul ratării era clar: doza de dimineaţă era luată prea aproape de momentul instalării tulburării de ritm şi medicamentul nu atingea concentraţia sangvină eficace din punct de vedere terapeutic. Mai mult, el avea nevoie de o doză mai mare în acel moment pentru a preveni instalarea aritmiei. Nici o vrăjitorie tehnică nu putea rezolva această problemă. Soluţia n-ar fi ieşit niciodată la iveală fără informaţia furnizată de pacient.

Scanned with OKEN Scanner

Informaţiile obţinute de la soţiile pacienţilor

Istoricul bolii este întotdeauna îmbunătăţit cînd este prezent şi un alt membru al familiei, mai ales soţia. Cei mai mulţi doctori preferă să examineze doar pacientul, spunînd că astfel e mai uşor să se concentreze pe esenţial şi să deţină controlul. O altă justificare ar fi că pacientul nu se simte inhibat şi i se pot adresa întrebări intime, care altfel ar rămîne fără răspuns.

Nu sunt de acord cu asta. Desigur, îl întreb întîi pe pacient dacă doreşte ca soţia sau soţul să asiste la interviu. Răspunsul este invariabil afirmativ. Sunt convins că o astfel de prezenţă mai curînd urgentează decît împiedică fluxul informaţiilor importante şi scurtează timpul necesar pentru cunoaşterea pacientului. În absenţa soţiei/soţului problemele jenante sunt evitate, dar informaţia vitală este adesea uitată. Şi ceea ce este mai important, un cuplu ne ajută să pătrundem în dinamica familială, pe care n-o poţi cunoaşte prin cuvinte. Ascultînd răspunsul pacientului şi urmărind reacţia soţului sau a soţiei, medicul este imediat avertizat asupra problemelor potenţiale. Este mariajul lor reuşit sau se reped unul la gîtul celuilalt? Există vreun secret în familie? Există conflicte cu copiii, cu socrii sau cu alţi membri ai familiei? Este serviciul pacientului prea frustrant sau este un subiect prea dureros ca să-l discute? Acestea şi multe alte probleme sunt repede scoase la lumină cînd soţul şi soţia se află împreună.

Multe dintre exemplele pe care le citez demonstrează importanţa prezenţei soţiei în a-l determina pe pacient să se concentreze asupra problemelor importante care îl aduc la doctor ori să le prezinte mult mai fidel pe cele care apar. Spun mai curînd soţie decît soţ din cîteva motive. În general, femeia cunoaşte mai bine starea de sănătate a soţului şi este mai dispusă să dea informaţii decît oricine altcineva. Pe lîngă

Scanned with OKEN Scanner

aceasta, boala coronariană, care constituie o parte importantă a practicii mele, este predominantă la bărbați. De asemenea, un soț nu dorește sau nu e capabil să-și facă timp să-și însoțească soția la doctor, pe cînd o femeie găsește negreșit timp pentru a fi cu soțul ei.

Adesea, probleme mai mici decît cele pentru care doamna Goyang se uita în tavan ies la lumină doar dacă femeia este prezentă. Întrebînd un bărbat despre sex, acesta mi-a răspuns prompt:

– Sex fără probleme.

La fiecare vizită anuală, îi adresam aceleași întrebări.

– Sex? întrebam eu.

– Sex fără probleme, răspundea el pe loc.

În al cincilea an de cînd era pacientul meu, soția lui l-a însoțit la consultație. Am pus aceeași veche întrebare despre sex și el a răspuns la fel. Soția lui păru mirată și îl privi zeflemitor.

L-am întrebat:

– Cum ați pune semnele de punctuație în această propoziție ?

El răspunse cu oarecare jenă:

– Sex, fără. Probleme!

Și adăugă, în apărarea lui:

De cinci ani vă dau același răspuns, dar dumneavoastră nu-l luați în seamă...

Sînt conștient că, înaintînd în vîrstă, disponibilitatea doctorilor de a asculta se transformă. Fapte și date alunecă pe lîngă noi mult mai repede, făcîndu-mă să mă întreb de ce cheltuim timpul pentru a aduna fapte nesemnificative. Totuși, pierderile sunt compensate prin cîștiguri. Mă concentrez mai mult pe pauzele dintre cuvinte sau pe sensurile cuprinse în pauze sau pe inflexiuni ale vocii, pe cuvinte care răsar poticnit. Tăcerea spune, de obicei, esențialul. Învățăm să descifrăm un subtext nerostit.

Intuiția ne ajută foarte mult, făcîndu-ne capabili să atingem un nou grad de complexitate, să absorbim subconștientul și

Scanned with OKEN Scanner

să-l integrăm instantaneu într-o nouă configurație* care întrupează celălalt adevăr. Păcat că e nevoie de o viață ca să cîştigăm înțelepciunea clinică, cea care îl face pe doctor să înțeleagă problema medicală esențială cu o economie de discurs.

Durerea în piept – simptom al unei boli de inimă

Un californian de vreo şaptezeci şi cinci de ani a venit la mine pentru o a doua opinie în privința bolii lui. Voia să ştie dacă are nevoie de un bypass coronarian. În ultimele două luni, domnul A. suferise de o apăsare în piept care îl afecta după-amiaza tîrziu şi dura pînă seara, cînd se culca, iar uneori şi în timpul somnului. Doctorul lui din La Jolla, localitatea unde locuia, făcuse diferite teste, dar nu a insistat să obțină un istoric coerent al bolii. Scintigrafia miocardică de stres, cu thaliu indicase cîteva zone de reperfuzare, semn al unei obstrucții coronariene, însă cînd domnului A. îi era rău, durerea în piept nu se datora anginei, lucru dovedit de faptul că durerea apărea în repaus, nu la efort, îl deranja mai ales seara, dura cîteva ore şi nu era uşurată de nitroglicerină. Aceşti factori pledau hotărît împotriva anginei. Dar nu era suficient să ştim ce nu era. Doctorul trebuie să fie capabil să dea pacientului o explicație nu numai plauzibilă, dar şi acceptabilă şi potrivită cu simptomele.

Cu doi ani în urmă o văzusem şi pe doamna A., o singură dată. Era invalidă datorită unei serioase probleme cu inima, dar şi mai amenințător era stadiul final al emfizemului de care suferea. Era o doamnă în toată puterea cuvîntului, răspîndind în jur demnitate şi farmec. Deşi se afla într-un scaun cu rotile, iar fiecare respirație însemna un efort, ea radia o bucurie de a trăi care m-a lăsat mut de admirație şi plin de respect.

---

* Aici autorul întrebuințează termenul german „Gestalt"

Scanned with OKEN Scanner

– Fiecare zi e o bucurie cînd mă trezesc şi văd soarele. Am primit numeroase binecuvîntări. Mai presus de toate este aceea de a avea, de aproape cincizeci de ani, un tovarăş de viaţă pe care continui să-l iubesc, a spus ea cu un zîmbet, ca şi cum savura chiar în acel moment această bucurie.

La toate acestea mă gîndeam cînd îl ascultam pe domnul A. plîngîndu-se de durerea lui în piept. Mi-am amintit, de asemenea, ca şi cum doamna A. tocmai îmi spusese asta, că smogul şi aerul plin de polen din Texas, unde locuiau în acea vreme, îi înrăutăţeau problemele de sănătate şi că plănuiau să se mute în California.

L-am întrebat pe domnul A. cînd s-au mutat în California.

La 28 ianuarie, a răspuns el – deci cu două luni înainte, cînd începuseră durerile în piept.

Am pus deoparte acest mic amănunt pentru a-l folosi mai tîrziu şi am continuat istoricul bolii cu întrebări despre familie şi despre prieteni. Copiii lor erau încă în Texas, la fel şi cei mai mulţi prieteni.

Începeam să simt în vorbele lui o urmă de tristeţe. Cînd l-am întrebat despre somn, domnul A. mi-a spus că, în afară de îngrijirea acordată soţiei, dormea adesea toată noaptea. Dar destul de frecvent se trezea şi îi masa acesteia spatele ca s-o ajute să respire. A subliniat că erau complet legaţi de casă, dar nu-i păsa de asta, fiindcă era un efort prea mare să iasă. Ea era dependentă de pat sau de scaunul cu rotile, iar obligaţiile sociale le refuzau adesea de cînd domnul A. începuse să aibă probleme cu respiraţia şi devenise dependent de oxigen.

Testul de efort nu i-a provocat însă nici un disconfort în piept. Şi, surprinzător, a exersat mai mult de zece minute, pînă s-a oprit din cauza oboselii. Era o performanţă excepţională chiar pentru un om cu cîteva decenii mai tînăr. Acesta era efectul celor două ore zilnice de exerciţii intense pe care le făcea „ca să-şi păstreze echilibrul mental".

Scanned with OKEN Scanner

După ce ne-am reîntîlnit cu fiul lui, în sala de consultații, pentru a le prezenta concluziile la care am ajuns, am început cu faptele:

– Aveți un sistem cardiovascular foarte echilibrat. Boala coronariană depistată prin angiogramă acum cîțiva ani a rămas absolut stabilă. Şi nu aveți angină pectorală. Disconfortul din piept nu e legat de inimă şi sunt surprins că e atît de moderat.

El a părut uimit şi eu am continuat:

– Dată fiind situația în care vă aflați, vă admir enorm pentru echilibrul, calmul şi atitudinea umană cu care vă îndepliniți sarcinile. V-ați mutat în California de dragul soției şi sunteți privat de orice sprijin. Îndatoririle dumneavoastră încep înainte de răsăritul soarelui şi nu se opresc pînă la apus. Sunteți un infirmier cu tură de 24 de ore. Chiar şi un intern cu mulți ani mai tînăr ca dumneavoastră ar considera dificil de respectat la nesfîrşit un program atît de împovărător. Greutatea din piept care apare după-amiaza tîrziu este bilanțul stresului la care sunteți supus peste zi. Şi este mai puternic în timpul nopții, fiindcă toți ne simțim mai neajutorați în întuneric.

Cînd am încheiat, domnul A. s-a întors cu spatele la mine, cu umerii scuturați de plîns, iar fiul lui i-a şters fără jenă ochii umezi. Am continuat să-i dau cîteva sugestii concrete despre cum ar putea împărți responsabilitățile. La plecare, domnul A. mi-a spus că va veni mai rar la consultații. Cînd a revenit la vizita următoare, era complet eliberat de disconfortul din piept.

Stabilirea atentă a cauzelor suferinței nu înseamnă doar adăugarea unor detalii. Este aspectul cel mai important al actului medical. Deşi obținerea unui istoric al bolii necesită timp, acesta este timpul cel mai productiv. În cele din urmă, el stabileşte o relație umană între pacient şi doctor, bazată pe respect reciproc. Timpul investit este doar un mic sacrificiu în favoarea stabilirii tratamentului corect şi a vindecării.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

2

Ascultarea prin atingere

Lewis Thomas, în *Cea mai tînără ştiinţă**, afirmă cu înţelepciune că atingerea este instrumentul cel mai vechi şi mai eficient în actul medical. Această afirmaţie este întru totul adevărată. Sunt convins că a atinge un pacient este un avantaj pentru medicul internist, spre deosebire de psihiatru, care stă nemişcat şi doar ascultă. Atingerea este un mijloc de apropiere. Adesea, o conversaţie la prima consultaţie este impersonală. Relaţia cu pacientul se schimbă spectaculos după examinarea fizică. Distanţa se anihilează, urmată de o confortabilă conversaţie curgătoare. Informaţii care nu fuseseră nici divulgate, nici bănuite ies lesne la iveală. Reticenţa dispare. Cineva care îţi era străin cu cîteva minute în urmă face dezvăluiri intime la care se ajunge, de obicei, după o lungă prietenie.

Doctorii din evul mediu puneau urechea pe pieptul sau pe abdomenul pacientului pentru a asculta zgomotul intestinelor sau ritmul cardiac. Unii se specializau în detectarea murmurelor interioare. Astfel se apropiau de pacient.

Urechea rezemată de coşul pieptului era o demonstraţie de afinitate umană. „Este greu de imaginat un gest uman mai prietenos, un semn mai intim de grijă personală şi de afecţiune decît aceste capete aplecate aşezate pe piele“, scria

---

* Lewis Thomas, *Cea mai tînără ştiinţă. Însemnările unui medic-observator*, New York, Viking, 1983.

Thomas, considerînd această apropiere drept o mare realizare în istoria medicinei.

Prima atingere, la întîlnirea medicului cu pacientul, ar trebui să fie strîngerea de mînă, un salut de bun venit, un gest de ospitalitate şi un semn că suntem gata să privim pe cineva ca pe o fiinţă umană apropiată. Pentru doctor, acest gest este o veritabilă comoară, încărcată de informaţii. În primul rînd, atingerea mîinilor dezvăluie caracterul şi starea psihologică: este mîna întinsă cu plăcere, reţinută tremurător, cu neîncredere sau reticentă, doar ca un răspuns ezitant la mîna întinsă a doctorului? Strîngerea de mînă fermă a omului stăpîn pe sine nu se aseamănă cu degetele abia atinse, alunecoase, ale unui pacient nesigur sau tulburat.

S-ar putea scrie un tratat despre importanţa unei strîngeri de mînă în stabilirea diagnosticului. De exemplu, un bărbat de şaizeci şi cinci de ani a venit să mă vadă în toiul iernii pentru palpitaţii. Strîngîndu-i mîna, m-a intrigat palma lui caldă şi transpirată. Era teribil de frig afară şi am comentat că avea, probabil, nişte mănuşi călduroase, din piele de oaie. El mi-a răspuns că rareori poartă mănuşi. Imediat l-am suspectat de o tiroidă hiperactivă, diagnostic ce s-a confirmat mai tîrziu prin teste de laborator specifice. Cînd tiroida este hiperactivă, metabolismul fiecărui organ este crescut, iar pielea – primind un aflux mai mare de sînge – este caldă şi roşie, în timp ce inima, bătînd rapid, este predispusă la aritmii.

După cum arată Thomas, cea mai veche deprindere a medicului este „atingerea“ pacientului. Pînă în urmă cu un secol nici nu se putea face cu mult mai mult. Cu trecerea timpului, un act de compasiune, s-a transformat într-o artă. A devenit abilitate ştiinţifică, iar mîna – un important instrument de diagnostic. De exemplu, se ia pulsul pentru a putea stabili ritmul cardiac. Primul care a făcut acest lucru a fost un medic de frunte din epoca romană, grecul Galenus.

La fel, palparea peretelui toracic poate să indice o inimă mărită sau existenţa unui anevrism, palparea gîtului poate

Scanned with OKEN Scanner

duce la descoperirea unei tiroide mărite sau a unei anomalii a valvei aortice. Palparea abdomenului furnizează o mulțime de informații pentru degetele sensibile: un ficat sau o splină mărită, o aortă dilatată, prezența unui apendice inflamat sau a unei tumori.

Deşi n-am stăpînit niciodată arta ascultării cu urechea lipită de abdomen sau de piept, am fost răsplătit în multe ocazii de palparea cu grijă a peretelui toracic. Afirmația mea că se poate detecta la timp un posibil infarct este privită în general cu neîncredere de către colegi. Totuşi, am făcut asta cu vreo treizeci şi cinci de ani în urmă. Cînd doi colegi care îşi luaseră doctoratul au venit la Spitalul Peter Brent Brigham, primul pacient pe care l-am vizitat împreună a fost un atlet de vîrstă mijlocie, fost fundaş la Salt Lake City. Tocmai fusese operat (i se scosese vezica biliară), iar vizita noastră era una de rutină postoperatorie. Semnele vitale erau bune, dar punîndu-mi mîna stîngă pe pieptul solid al bărbatului, am detectat o agitație paradoxală în partea stîngă a toracelui, care, de obicei, este lipsită de orice mişcare. Am şoptit echipei mele că trebuie să i se facă urgent o electrocardiogramă, deoarece se pare că are o afecțiune cardiacă. Colegii s-au uitat la mine cu gura căscată. Cel mai cinic şi mai impertinent dintre ei a lăsat să-i scape un hohot de hîs în surdină, sugerînd că glumesc cu ei.

Am continuat vizitele. După vreo douăzeci de minute a apărut un „cod albastru" în secția pe care o vizitasem şi am aflat că omul pe care-l consultasem a avut un stop cardiac. Nu a răspuns la resuscitare, iar autopsia a arătat că suferise un infarct masiv. Cei doi colegi, uluiți şi intimidați, m-au privit în următoarele zile cu o venerație neobişnuită.

O altă metodă de atingere este percuția, introdusă în secolul al XVIII-lea de către medicul Leopold von Auenbrugger ca metodă de cercetare a misterelor trupului. Tînărul Leopold îl privea pe tatăl său, un negustor de vinuri,

Scanned with OKEN Scanner

cum ciocănea butoaiele ca să-şi dea seama de nivelul vinului. Cînd a devenit doctor, a aplicat acest sistem al ciocănirii diverselor cavităţi ale trupului. Percuţia ajută la detectarea consistenţei ţesutului pulmonar sau la existenţa fluidelor în cavitatea toracică şi abdominală, putînd, de asemenea, să aproximeze mărimea inimii. Pasul următor, de stabilire a unei relaţii medic-pacient prin atingere, a venit de la sine.

Secrete bine ascunse

Îmi amintesc de doi pacienţi la care anamneza bolii a divulgat unele informaţii relevante. În timpul examinării fizice, ca act de comuniune prin atingere, au ieşit la iveală informaţii şocante.

Primul pacient era o femeie de optzeci şi cinci de ani care se plîngea de dureri multiple. Istoricul bolii era complet irelevant şi prozaic, părea doar un fel de introspecţie, şi ea era cuprinsă de o tristeţe copleşitoare. În timpul examinării fizice, într-un moment de inspiraţie, i-am spus strîngîndu-i uşor braţul:

– Dacă vrei să te ajut, de ce eşti aşa secretoasă?

Imediat ce mi-au scăpat vorbele, am regretat că am fost atît de neruşinat şi indiscret. Trupul ei se cutremură şi mă privi ca o victimă încolţită. Mişcînd capul dintr-o parte în alta, femeia murmură abia auzit:

– O, nu, nu ...

Şi după o pauză interminabilă adăugă, jumătate afirmativ, jumătate interogativ:

– Deci *ştii* ?

Am tăcut, neştiind despre ce era vorba şi nepregătit pentru ceea ce avea să urmeze. Privind drept înainte şi concentrată pe o îndepărtată suferinţă, îmi relată o poveste ascunsă timp de mulţi ani.

Crescuse într-o familie cumsecade din Boston. La 19 ani, trăia cu un bărbat mai în vîrstă, în jur de treizeci şi cinci de

Scanned with OKEN Scanner

ani. Părinții ei s-au opus vehement acestei relații, avertizînd-o că s-ar putea sfîrşi rău. Cînd şi-a dat seama că era însărcinată, şi-a găsit de lucru la o fermă din Vermont. Acolo a născut copilul singură, apoi a aruncat nou-născutul într-o fîntînă părăsită. Devenise o simpatică fată bătrînă, care nu mărturisise, pînă în acel moment, că îşi omorîse propriul copil.

Cealaltă pacientă era o braziliancă din Rio de Janeiro, micuță, vioaie, atrăgătoare, arătînd cam de cincizeci de ani, deşi avea şaizeci şi unu.

Venise la consultație datorită numeroaselor crize de tahicardie atrială paroxistică. Avea o poziție socială înaltă şi se vedea bine că este obişnuită să facă numai ce vrea, încă de la naştere. Probabil îşi impunea capriciile şi nu admitea să fie contrazisă. Cînd mi-a spus că apelase la şedințe de psihoterapie la New York, ducîndu-se acolo de cîteva ori pe an în acest scop, am întrebat-o:

– De ce nu la Rio ?

– O, este o comunitate foarte mică, unde bîrfa e ocupația principală.

Am încercat să descopăr rădăcinile dezordinii ei emoționale făcînd istoricul bolii, dar fără folos. Spunea că este o catolică ferventă şi că are un fiu căsătorit. Cînd am încercat să aflu cîte ceva despre viața de cuplu şi despre sex, a evitat întrebările, susținînd categoric că aceste probleme nu au nimic de-a face cu inima ei. Mai mult, că acesta este domeniul psihiatrului ei.

I-am vorbit despre cercetările noastre asupra legăturilor dintre creier şi inimă, menționînd că adesea tratamentul nu are succes dacă ignorăm aceste relații. Ea m-a ascultat cu detaşare şi nu mi-a răspuns. Dar după o examinare clinică atentă, ceva s-a schimbat. Nu mai era distantă şi părea că ar vrea să vorbească în timp ce îi făceam unele teste. În acea vreme, fluoroscopia se realiza într-o cameră întunecoasă, cu ochelari de protecție. Ea stătea rezemată de placa rece, în timp ce eu mişcam ecranul fluorescent peste pieptul ei. Stăteam foarte aproape de ea şi corpurile noastre aproape se atingeau. Cînd am îndreptat fluoroscopul spre inimă, am

Scanned with OKEN Scanner

văzut un crucifix mare pe care nu-l scosese. În acel moment ea m-a întrebat:

– Doctore, poți avea un ritm anormal cardiac ca urmare a masturbării?

Am închis fluoroscopul, dar n-am aprins lumina. În întunericul adînc, sunetele păreau amplificate. Am răspuns în şoaptă:

– Foarte interesantă întrebare. De ce o puneți?

Cu vocea scăzută, ca şi cum ar fi destăinuit un secret, a început să vorbească. Îndrăgostită nebuneşte, se măritase cu patruzeci şi trei de ani în urmă. Nunta fusese una dintre cele mai spectaculoase din Rio, dar după ceremonie soțul ei dispăruse, ducîndu-se să-şi viziteze amanta chiar în ziua nunții lor. Spunîndu-mi asta, vocea ei trăda, pentru prima oară, emoție. În săptămîna de după nuntă aflase cauza trădării soțului şi jurase să nu mai aibă niciodată relații sexuale cu el. În schimb, se masturba frecvent. Ca o catolică ce era, nu se gîndise la divorț.

– N-ați discutat despre asta cu psihiatrul dumneavoastră? am întrebat-o.

– Nu, n-am mai spus nimănui, răspunse ea. Este o cruce pe care trebuie să o port singură. E soarta mea.

Atingerea pacientului a devenit superficială pe măsură ce examinarea a început să se facă tot mai formal. Distanțarea dintre medic şi pacient a început în urmă cu 176 de ani, cînd medicul francez René Laënnec a introdus auscultarea printr-un tub de carton care a evoluat devenind stetoscop. Acesta a sporit acuratețea auscultării, dar a anihilat contactul intim. Drumul medicinei ca ştiință ne-a purtat departe, în general cu rezultate pozitive. Ar fi un nonsens să încercăm să ne întoarcem la capul lipit de pacient, cu urechea atentă la zgomotele corpului, pentru a deduce disfuncții ale inimii sau ale plămînilor. Dar progresele ştiințifice şi inovațiile tehnologice nu justifică renunțarea la metodele care măresc intimitatea şi favorizează îngrijirea. „Medicina nu mai înseamnă «a palpa», ea a devenit mai curînd «a citi» semnalele unor maşini" – scrie Lewis Thomas. Este însă regretabilă pierderea apropierii dintre doctor şi pacient.

Scanned with OKEN Scanner

3

Mintea şi inima

Dacă auscultarea este atît de importantă, ce anume ascultă doctorul? Scopul fundamental este de a înțelege nu numai problema medicală, dar şi persoana din spatele simptomelor. Asupra *persoanei* avem de obicei nevoie de lămuriri. În timp ce stabileşte istoricul bolii, doctorul începe să-l cunoască pe pacient ca ființă umană. Asta nu înseamnă să afle aspecte importante despre familie, educație, muncă, ci şi să înțeleagă caracterul şi motivațiile, ceea ce îl „pune în mişcare". Accentul principal cade pe emoțiile dezordonate, stresante şi pe manifestările psihologice aberante evidente.

Încă din cele mai vechi timpuri ale medicinei, doctorii au fost conştienți că emoțiile pot predispune o persoană la boli şi îi pot afecta activitatea. Cardiologii au învățat că stresul psihologic poate influența aspectele cele mai intime ale funcționării inimii. Stresul poate grăbi ritmul inimii, poate creşte tensiunea, poate reduce fluxul sangvin, poate spori excitabilitatea inimii şi poate schimba contracțiile miocardului, muşchiul care pompează sîngele. În fapt, o minte tulburată poate întrerupe ritmul cardiac, poate predispune la angină pectorală, poate grăbi un infarct sau provoca moartea subită.

De aceea, anamneza bolii nu înseamnă doar a afla date despre boală, ci a înțelege ce anume îl tulbură pe pacient. În zilele noastre se vorbeşte mult despre minte, ca şi cum ar fi o nouă descoperire, dar în istoria ştiinței, această noțiune este cu mult anterioară celei de creier. Pînă spre sfîrşitul

Scanned with OKEN Scanner

secolului al XIX-lea, mintea era privită ca inseparabilă de trup, dar pe măsură ce ştiinţa a avansat, un fel de dualism s-a răspîndit în gîndirea medicală. Psihicul era separat de corp şi părea un lucru aparte, o entitate mai curînd spirituală decît ştiinţifică. Corpul, ca un obiect de cercetare ştiinţifică, poate fi dovedit, studiat, pătruns şi disecat. Fluidele şi secreţiile lui pot fi prelevate şi analizate chimic. Un proces patologic poate fi identificat şi evoluţia lui poate fi prezisă, iar răspunsul la tratament poate fi evaluat şi cuantificat. Toate acestea se află în domeniul ştiinţei. Ceea ce nu e cazul cu mintea, fiindcă modul ei de funcţionare este mai curînd perceput şi imaginat decît măsurat. Precizăm că nu există o metodologie de obiectivare a stărilor interioare perturbate, exprimate prin stări de anxietate, de tensiune, de inadaptare şi de depresie. Aceste stări emoţionale reprezintă factori de risc pentru orice boală, factori care determină apariţia şi dezvoltarea ei, dar şi viteza de recuperare.

Cînd problemele psihologice domină boala, aşa cum e îndeobşte cazul, medicul generalist pune adesea diagnosticul de nevroză, un termen „coş de gunoi“ în care se aruncă o serie de simptome fără explicaţii ştiinţifice. Pacientul este o vreme serios afectat de această excludere a aspectelor psihologice ale bolii, iar ignorarea dimensiunii emoţionale scade posibilităţile doctorului de a ameliora o boală cronică. Medicamentele pot să îmbunătăţească o vreme simptomele bolii, dar boala propriu-zisă nu este vindecată. Factorul psihologic este chiar miezul medicinei, iar faptul că nu i se acordă suficientă atenţie conduce la fragmentarea ei, separînd tratamentul de vindecare. Această practică obişnuită a deteriorat imaginea medicului, diminuînd şi statutul lui în societate.

Preocupările mele în domeniul psihologiei preced interesul meu pentru medicină. În timpul liceului l-am devorat pe Freud şi m-am lăsat atras de psihanaliză, pe care o priveam ca pe o cheie a progresului ştiinţific din acest secol. După

Scanned with OKEN Scanner

cum spuneam şi mai înainte, intenţionam să devin psihiatru, dar imediat după ce am intrat la facultatea de medicină, psihiatria şi-a pierdut strălucirea pentru mine. Am fost şocat să descopăr cît de subiectivă era – şi dezamăgirea m-a împins nebuneşte spre extrema cealaltă. După absolvirea şcolii de medicină am petrecut un an disecînd cadavre la Spitalul Grace New Haven, ca intern la secţia patologie. Totuşi, deşi m-am dezis evident de disciplina abstractă, nu mi-am pierdut niciodată interesul pentru relaţia minte-creier, esenţa a ceea ce ne face umani.

Apoi, după ce am ales definitiv cardiologia şi o carieră universitară, m-am întors la timpuria mea infatuare ştiinţifică. E straniu cum ciclurile şi epiciclurile vieţii ne conduc înapoi, la obsesiile din tinereţe. Cu toate că îmi pierdusem destul de repede interesul iniţial pentru psihiatrie, mi-am dedicat viaţa cercetării aspectului psihologic al bolilor. Deşi în nici un fel plănuită, opera mea de cercetare, întinsă pe trei decenii, s-a axat pe exploatarea legăturilor dintre minte şi inimă. Fără îndoială, ceea ce face cineva reprezintă rezultatul extins a ceea ce *este* el. M-am întors la prima mea iubire ca ghidat de un destin neabătut.

Interesul meu pentru psihologie a fost mereu sporit de observaţiile clinice sau de studiul literaturii de specialitate. Un articol dintr-o revistă medicală indiană, *Omorît de imaginaţie**, mi-a lăsat o neştearsă impresie la începutul carierei mele.

Un medic din India a făcut un experiment ciudat pe un criminal condamnat la moarte prin spînzurare. Doctorul l-a convins pe prizonier să se lase golit de sînge pînă la survenirea morţii, asigurîndu-l că moartea treptată nu va fi dureroasă. Condamnatul a fost legat, cu acordul lui, de pat şi la ochi. Patru vase cu apă au fost atîrnate în cele patru colţuri ale

* N.S. Yagwer, *Emoţiile – cauză a morţii subite*, în „Archives of Neurology and Psychiatry" 36 (1936).

Scanned with OKEN Scanner

patului şi potrivite astfel încît să picure în bazine aflate pe podea. Pielea condamnatului a fost doar puţin zgîriată la mîini şi la picioare, iar apa a fost lăsată să se scurgă în bazine, întîi mai repede, apoi din ce în ce mai încet. Pe măsură ce prizonierul părea mai slăbit, vocea doctorului slăbea şi ea în intensitate, devenind tot mai joasă. În final, liniştea deveni absolută, iar picurul apei încetă. Deşi prizonierul era un tînăr sănătos, la încheierea experimentului el părea să fi leşinat. La examinare s-a constatat că era mort, în ciuda faptului că nu pierduse nici o picătură de sînge.

De-a lungul secolelor s-au adunat o mulţime de astfel de anecdote. Medicii cunoşteau de mult influenţa exercitată de psihic asupra fiecărei părţi a corpului. Cu aproximativ trei sute cincizeci de ani în urmă, William Harvey, cel care a descoperit sistemul circulator, afirma: „Fiecare afectare a minţii, fiecare durere sau plăcere, speranţă sau teamă, este cauza unei agitaţii care influenţează inima".

De-a lungul carierei mele m-a preocupat şi problema morţii subite, un important factor de mortalitate în Statele Unite. Era uşor să combin cele două preocupări ale mele, investigînd dacă stresul psihologic este trăgaciul care declanşează moartea instantanee prin stop cardiac. Cu mult timp în urmă, doctorii analizaseră această posibilitate, iar folclorul diferitelor societăţi şi culturi susţinea că emoţiile stresante pot fi cauza morţii subite. În limbajul obişnuit se întîlnesc expresii ca: „a murit de inimă rea", „are o greutate pe inimă" sau „i-a plesnit inima de supărare", fiecare din ele făcînd aluzie la stresul emoţional insuportabil. În timpurile noastre, reportajele din presă au asociat adesea moartea cu emoţiile intense. Totuşi, profesiunea medicală a fost mai puţin dispusă să acorde crezare înţelepciunii populare, rămînînd sceptică în ciuda abundenţei de date clinice care implicau emoţiile în moartea cardiacă subită.

La începutul acestui secol, Karl Pearson, părintele biostatisticii moderne, a studiat datele decesului soţilor

Scanned with OKEN Scanner

îngropaţi în cimitire din Marea Britanie, din Olanda şi din Germania şi a observat că soţul sau soţia rămaşi în viaţă mureau în decursul unui an de la moartea consortului. Aceste coincidenţe aparente au fost coroborate cu grijă. Suferinţa cauzată de pierderea soţului sau a unui membru al familiei foarte apropiat reprezintă un risc mai mare de moarte cardiacă. După experienţele lui Pearson, numeroase investigaţii epidemiologice au arătat că diverşi factori sociali de stres sunt asociaţi cu creşterea incidenţei bolii coronariene şi a deceselor. Un studiu bine documentat a raportat schimbări în morbiditatea şi în mortalitatea prin boli cardiovasculare la japonezii stabiliţi în Hawaii şi apoi în zona golfului San Francisco. În Japonia, bolile coronariene nu sunt frecvente. Incidenţa şi prevalenţa lor au crescut însă printre japonezii stabiliţi în Hawaii, iar în ceea ce-i priveşte pe cei stabiliţi pe Coasta de Vest, le-au egalat pe cele deosebit de înalte, întîlnite în rîndul celorlalţi americani. O explicaţie ar fi aceea că japonezii au adoptat şi ei obiceiurilor americane nesănătoase, cum ar fi regimul bogat în grăsimi, fumatul excesiv şi stilul de viaţă sedentar. Totuşi, un fapt izbitor este că japonezii de pe Coasta de Vest care rezistă asimilării, chiar dacă îi egalează pe americani în ceea ce priveşte fumatul, nivelul colesterolului şi tensiunea arterială, nu suferă de boli ale inimii, iar mortalitatea lor din cauze cardiace este scăzută. Rezultă că menţinerea culturii proprii protejează împotriva bolilor de inimă, rolul cheie avîndu-l factorii psihologici.

Date similare despre impactul stresului, de astă dată furnizate de sistemul de ocupare a forţei de muncă, au fost generate de anchete printre angajaţii civili. Personalul executiv şi administrativ are o speranţă de viaţă mai mare decît cei angajaţi în posturi inferioare. Aceştia prezintă o rată de patru ori mai mare a mortalităţii cardiovasculare. Chiar dacă luăm în considerare şi alţi factori de risc (se presupune, de exemplu, că aceste clase de jos se complac într-un stil de viaţă nesănătos) aceasta nu schimbă şocantele discrepanţe

Scanned with OKEN Scanner

statistice. Din nou, implicarea factorilor psihologici, cum ar fi insatisfacția produsă de un post prost plătit constituie factori de risc pentru bolile cardiace. Acest lucru este valabil și în Statele Unite.

Pe lîngă ocupație, nivelul de educație este un factor de predicție a speranței de viață. Absolvenții de liceu trăiesc în medie mai mult decît cei care au urmat doar școala elementară. Iar dacă o muncă stresantă este un factor de risc pentru bolile cardiace și pentru moarte, la fel este și lipsa ei. În Statele Unite, fiecare punct procentual de șomaj ridică mortalitatea din cauza bolilor coronariene cu peste șase mii de persoane anual. Pe de altă parte, bolile de inimă înregistrează un nivel mai scăzut printre cei care sunt fericiți în căsătorie, care lucrează în rețelele sociale, care trăiesc în familii cu legături strînse, care au hobby-uri interesante sau o mare diversitate de interese. Dintre cei care trăiesc singuri, proprietarii de animale de companie prezintă un risc mai mic. Atacul de cord are urmări mai puțin grave pentru cei cu legături sociale. De exemplu, cei care trăiesc cu un consort, cu membrii familiei sau cu prieteni, prezintă, în decurs de șase luni de la infarct, o rată mai mică de recurență decît cei care trăiesc singuri. Într-adevăr, pentru pacienții cu boli coronariene, a trăi singur prezintă același risc ca și o insuficiență cardiacă congestivă, una dintre complicațiile majore ale infarctului. Aceste date aduc argumente convingătoare despre capacitatea minții de a influența bolile de inimă și complicațiile lor.

Alte date care vin în sprijinul acestei afirmații sunt oferite de dezastre și de războaie, care sunt factori de stres, avînd ca rezultat creșterea morbidității și a mortalității cardiace. De exemplu, puternicul cutremur din 1981, din Grecia, a fost urmat în decurs de 24 – 48 de ore de o triplare a mortalității cardiace. Atacurile cu rachete irakiene asupra Israelului au provocat o creștere a mortalității cardiace. În ziua în care au „aterizat" primele rachete Scud s-a înregistrat o creștere a numărului deceselor printre bolnavii de inimă cu 58%, femeile fiind de două ori mai vulnerabile decît bărbații.

Scanned with OKEN Scanner

În timp ce evenimentele negative predispun la morbiditate şi mortalitate cardiacă, evenimentele pozitive le pot amîna. Doi psihologi din San Francisco, D.P. Phillips şi E.W. King, au sugerat că muribunzii încearcă să intre într-o fază de „negocieri", în care îl roagă pe Dumnezeu să le amîne moartea pînă la consumarea unui eveniment important, cum ar fi o naştere, o aniversare sau o sărbătoare religioasă. Dacă unii sunt într-adevăr capabili să-şi amîne moartea, ar trebui să existe o scădere a mortalităţii înaintea unor evenimente sociale semnificative şi o creştere imediat după aceea. Phillips şi King au studiat distribuirea deceselor la evrei şi la alte populaţii în jurul Paştelui. Ei au ajuns la concluzia că bărbaţii evrei mai în vîrstă nu mor în săptămîna dinaintea Paştelui. Această observaţie a fost notată în fiecare primăvară, pe o perioadă de nouăsprezece ani.

O altă sărbătoare, Festivalul Recoltei, este în fiecare toamnă, pentru femeile chineze mai vîrstnice, o ocazie de a încerca amînarea morţii în săptămîna care o precede. Urmează apoi o creştere a numărului de decese.

După cum am mai spus, oamenii îşi dau seama de relaţia critică dintre stres şi bolile de inimă. Cînd întreb pe cineva în ce zi a săptămînii ar prefera să moară, răspunsul este invariabil: într-o zi de luni. Fiindcă majoritatea muncesc într-un domeniu care nu le face plăcere, iar prima zi a săptămînii li se pare stresantă. Acest lucru reiese şi dintr-un studiu efectuat în Canada, care a urmărit peste o mie cinci sute de persoane de sex masculin timp de peste patruzeci de ani*. În timp ce decesul datorat bolilor canceroase era distribuit în mod egal de-a lungul săptămînii, nu aşa stăteau lucrurile în cazul deceselor subite de inimă: lunea se înregistra o incidenţă a cazurilor de două ori mai mare decît în oricare zi a săptămînii.

---

* S.W. Rabkin şi col., *Electrocardiograma la omul aparent sănătos şi riscul morţii subite,* în: „British Health Journal", 47 (1982): 546–552.

Scanned with OKEN Scanner

Clarificarea rolului factorilor psihologici în moartea cardiacă subită a fost un obiectiv extrem de îndrăzneț. Chiar și cea mai timidă încercare de definire obiectivă a stresului este evazivă. Ceea ce este stresant pentru o persoană poate fi considerat plăcut pentru o alta. Termenii psihologici care descriu stresul sunt subiectivi. Un alt obstacol în cercetarea relațiilor minte-creier este că gîndirea medicală e dominată de modele mecaniciste, în care cauza și efectul sunt văzute ca legate în mod spațial sau temporal. Acest lucru poate fi adevărat în domeniul macrofizicii, unde stresul și solicitările care decurg sunt măsurabile. Dar în cazul psihologiei ne referim la o activitate nervoasă mai înaltă, la un stimul, iar „stresant" sau „inofensiv" nu există în afara percepției lor. De exemplu, dacă suntem îngrijorați pentru un copil care întîrzie prea mult seara, un telefon care sună ne poate face să ne gîndim la o veste rea, la un accident; brusc, inima bate mai repede, tensiunea crește și suntem lac de sudoare. În multe alte ocazii, soneria telefonului nu produce stimuli psihologici.

Cînd un eveniment deosebit provoacă neliniște, aceasta este determinată de o serie de factori, printre care predispozițiile genetice, experiențele din copilărie, eventual un proces de condiționare de-a lungul vieții, alături de un șir de factori sociali și culturali. Toate acestea dau formă acelei prisme unice și strict individuale prin care privim evenimentele zilnice. Mai mult, un stimul care provoacă aversiune este rareori singular, evident și substanțial. De cele mai multe ori este cronic, intermitent și pare fără însemnătate. În plus, răspunsurile psihologice pot fi decalate în timp, ceea ce ne împiedică să detectăm legăturile cauzale.

În investigația noastră privind rolul stresului în moartea subită, un prim pas a fost să determinăm dacă stimularea electrică a anumitor centri cerebrali predispun cobaii la fibrilație ventriculară, o aritmie care poate fi cauza morții subite cardiace. Lucrînd cu animale anesteziate și cu electrozi speciali, am stimulat centrii cerebrali, de mărimea unui bob

Scanned with OKEN Scanner

de mazăre, care controlează ritmul inimii. Voiam să arătăm că stimularea electrică a unor centri atît de critici ar putea covîrşi o inimă deja suferindă, provocînd fibrilaţiile ventriculare. Am încredinţat această sarcină doctorului Jonathan Satinsky, coleg de clinică, pentru studii post-doctorale. Relativa lui lipsă de experienţă a reprezentat un atu, fiindcă nu a fost descurajat de acest proiect – refuzat de altfel de colegi mult mai experimentaţi. A avut nevoie de un an de muncă asiduă pentru a se familiariza cu anatomia complexă a creierului şi a-şi procura instrumentele necesare. Din fericire, s-a dovedit că experimentul n-a fost în zadar, fiindcă rezultatele au fost mult mai convingătoare decît ne-am fi aşteptat.

La animalele anesteziate, fibrilaţia ventriculară s-a instalat constant, ca urmare a obstrucţiei bruşte a unei artere coronare. Am selectat un vas coronar mai mic, a cărui ocluzie nu conduce decît rareori la fibrilaţie ventriculară. La animalele martor, vasul a fost închis, fără ca să stimulăm concomitent creierul, deşi electrodul a fost aşezat în poziţia corespunzătoare. Numai 6% din aceste animale martor au făcut fibrilaţie, ca rezultat al ocluziei vasculare. Totuşi, cînd cele două elemente au fost simultane, deci creierul a fost stimulat, iar artera îngustată şi apoi total obstruată, atunci incidenţa fibrilaţiei a fost de 60%, deci mai mare de zece ori.

Curînd am aflat că nici nu e necesară stimularea structurilor cerebrale centrale pentru a predispune inima la fibrilaţie ventriculară. Stimulii dăunători se transmit de la creier, pe calea nervilor, în sistemul simpatic. Stimularea acestor nervi, care merg şi la inimă, a avut acelaşi rezultat, fără să fie nevoie să cercetăm orbeşte reţeaua labirintică a neuronilor din creier.

Ca sediu al stimulării am ales marele ganglion stelat, transformatorul de tip „gară“ în traficul nervos simpatic de la creier la inimă, situat într-un loc accesibil la nivelul gâtului. Fiziologul Richard Verrier a condus această cercetare în

Scanned with OKEN Scanner

laboratorul meu. Cînd inima era privată de fluxul sanguin printr-o uşoară constrincţie a vasului coronar, ritmul cardiac rămînea intact. Dar cînd constricţia era însoţită de o stimulare a ganglionului stelat, rezulta o fibrilaţie ventriculară însemnată. Pentru a fi siguri că acest rezultat era consecinţa directă a activităţii nervoase simpatice, a trebuit să prevenim alte efecte ale stimulării, cum ar fi creşterile invariabile ale ritmului cardiac şi ale tensiunii. Cînd acestea au fost înlăturate, stimularea ganglionului stelat a continuat să provoace fibrilaţie. Experimentele ulterioare au arătat că aritmia malignă este rezultatul acţiunii directe a noradrenalinei asupra muşchiului inimii. Noradrenalina este neuromediatorul simpaticului, substanţă chimică eliberată în decurs de cîteva minute de către terminaţiile nervoase, şi care determină apariţia unui puls electric, în fibra musculară servind astfel ca bază pentru transferul neuronal al informaţiei.

Puterea extraordinară a activităţii nervoase a simpaticului – sistem care informează organele despre factorii de stres – mi-a fost oferită de un experiment în care circulaţia coronariană era intactă şi, totuşi, stimularea uşoară a nervilor simpatici putea declanşa o fibrilaţie ventriculară. Există un mic interval de timp în ciclul cardiac în care un stimul electric cu o anumită intensitate poate provoca fibrilaţia ventriculară – este vorba despre aşa-numita perioadă ventriculară vulnerabilă (v. cap. 13). În acest experiment noi am descoperit că un stimul secvenţial slab, prea slab pentru a tulbura inima chiar în perioada ventriculară vulnerabilă, induce constant o fibrilaţie ventriculară dacă este cuplat cu o stimulare nervoasă simpatică prin ganglionul stelat. Fiecare formă de stimulare a fost, în sine, inofensivă şi totuşi combinaţia între stimularea simultană a nervilor simpatici şi a muşchiului inimii au produs moartea prin aritmie.

După ce am descoperit că un stimul nervos puternic este capabil să provoace tulburări potenţial fatale ale ritmului inimii, am abordat o problemă mult mai dificilă. Oare

Scanned with OKEN Scanner

factorii comportamentali şi psihologici pot avea acelaşi efect? Ne-am confruntat cu două probleme metodologice: prima, legată de fibrilaţia ventriculară, aritmia ţinta a experimentului nostru, iar a doua a fost găsirea unui factor potrivit de stres pentru cîini – animalele pe care voiam să facem experimentul. Pentru a studia factorii psihologici, animalele trebuiau să fie treze şi nesedate. Aveam de-a face cu o problemă aparent insurmontabilă. Pare logic ca fibrilaţia ventriculară să fie provocată pentru a o studia. Totuşi, a induce fibrilaţia ventriculară este un proces traumatic, în special cînd e însoţită de manevre dureroase de resuscitare; nu numai că ar fi inuman, dar panica şi agitaţia animalului ar exclude o investigare concludentă a variabilelor psihologice.

Cum se putea găsi o cale de a studia fibrilaţia ventriculară? Trebuia să depistăm un punct final potrivit să servească drept înlocuitor pentru fibrilaţia ventriculară fără să depăşim măsura prin provocarea fibrilaţiei însăşi, adică a obiectului investigaţiei noastre. În cele din urmă, datorită experienţei clinice acumulate pe cînd testam defibrilatorul electric (v. cap.13), am găsit o soluţie. La pacienţii care mor subit de fibrilaţie ventriculară, aritmia malignă nu survine neanunţată. Ea este precedată adesea de aritmii mai uşoare, în secvenţe repetate de extrasistole strîns cuplate. Ar putea acestea să servească drept înlocuitor pentru fibrilaţie? În loc să observăm fibrilaţia, am putea oare să obţinem la fel de multe informaţii încercînd să provocăm aceste aritmii premonitorii? Am considerat că se putea face acest lucru în anumite condiţii psihologice şi fiziologice, iar animalele de experienţă nu ar fi conştiente de aceste aritmii.

Drept factor de stres am întrebuinţat condiţionările opuse clasice. Cîinii erau supuşi la două feluri de condiţii de mediu: o cuşcă în care animalul era lăsat nestingherit şi un ham

Scanned with OKEN Scanner

pavlovian, în care animalul era suspendat, astfel încît labele să nu atingă solul. În trei zile succesive, cîinii astfel suspendaţi au primit cîte un singur şoc electric slab. Acestor animale nu li s-au mai administrat apoi şocuri. Cîteva zile mai tîrziu, cîinii au fost din nou testaţi în aceste două condiţii, pentru evienţierea inducerii aritmiilor ce prevestesc fibrilaţiile.

Animalele în ham erau neliniştite, bătăile inimii erau rapide, iar tensiunea mărită, pe cînd cele din cuşcă erau relaxate. Părea incredibil că transferul animalelor din cuşca în care nu suferiseră nici un şoc în hamurile stresante a facilitat în mare măsură inducerea aritmiilor ce prevesteau fibrilaţiile. Mai multe săptămîni sau chiar luni s-au scurs de cînd animalele primiseră primele şocuri, totuşi amintirea acestor traume minore le era adînc întipărită în minte, iar reactivitatea cardiacă era profund schimbată. Aceste rezultate au demonstrat pentru prima oară că stresul psihologic poate mări substanţial posibilitatea producerii aritmiilor cardiace maligne.

Aritmiile, inclusiv fibrilaţiile ventriculare, au fost provocate animalelor cu artere coronariene îngustate prin plasarea lor într-un mediu potrivnic. Tipul de stres psihologic nu era critic. Rezultatele au fost aceleaşi cînd animalele au fost antrenate să împingă o pîrghie pentru a evita un mic şoc electric. Investigaţiile ulterioare au dovedit că răspunsul la stres era mediat de sistemul nervos simpatic, una din cele două componente ale sistemului nervos autonom. Acest lucru a fost dedus din faptul că activitatea nervoasă a simpaticului, blocată farmacologic, proteja animalele de fibrilaţiile ventriculare induse de stresul psihologic.

O altă piesă din acest puzzle este rolul celeilalte componente, sistemul nervos parasimpatic. Nervii acestuia ţin în frîu activitatea nervoasă simpatică în timpul unui stres psihologic sau fizic. După cum spuneam mai sus, sistemul simpatic stimulează inima şi vasele de sînge, antrenînd organismul să anticipeze şi să răspundă la pericol, conform

Scanned with OKEN Scanner

reacției pe care marele fiziolog de la Harvard, Walter B. Cannon, a numit-o „luptă sau fugi". Pe de altă parte, sistemul parasimpatic are un efect opus. Inima este încetinită, iar mușchiul inimii devine mai puțin excitabil.

Nervul vag este primul conduct al sistemului parasimpatic de la creier la inimă. Activitatea crescută a nervului vag este deci de dorit și poate fi mărită printr-o serie de exerciții. Un sistem cardiovascular sănătos, condiționat de nervul vag, se caracterizează printr-un puls scăzut, o tensiune coborîtă și o contracție a inimii mai eficientă, care necesită mai puțin oxigen. De aceea era important să aflăm cum reacționează nervul vag la apariția stresului psihologic. Dezvăluirea acestui labirint complex de relații neuronale ne-a luat mai mult de cinci ani. Concluziile cercetărilor noastre se pot rezuma într-o singură frază: activitatea nervului vag diminuează sau anulează în întregime stimularea emoțională a activității simpatice, mediată neuronal, protejîndu-ne împotriva morții cardiace subite.

În urma experiențelor pe animale și a studiilor clinice, am ajuns la concluzia că moartea cardiacă subită este un accident electric al inimii lipsite de oxigenul necesar, care se produce la persoanele cu afecțiuni coronariene severe. Factorul declanșator, numit și factor de risc ocazional, poate deriva din stresul emoțional și comportamental. Aceşti factori acționează episodic și nu se aseamănă cu factorii de risc obișnuiți, precum colesterolul, hipertensiunea, obezitatea, lipsa de exercițiu și diabetul, care acționează continuu, uneori, chiar de-a lungul întregii vieți și predispun la îmbolnăvirea arterei coronare. Acțiunea factorilor ocazionali de risc, mulți dintre ei apărînd datorită activității nervoase crescute, explică paradoxul contrariant în care cineva moare subit fără a manifesta semnele unei stenoze acute de arteră coronară.

Validitatea conceptului de factor ocazional de risc mi-a fost confirmată de o experiență clinică neobișnuită. Domnul Jones,

Scanned with OKEN Scanner

un educator de treizeci şi nouă de ani, părea să fie însăşi încarnarea sănătăţii. Avea un fizic robust şi nu fusese bolnav nici măcar o zi în viaţa lui. Era în anul 1974, pe cînd la clinica mea funcţiona un centru pentru pacienţii cu aritmii severe. Jones fusese trimis de un mic spital al comunităţii din Connecticut, unde i se pusese diagnosticul de sincopă cardiacă provocată de un infarct, a cărui cauză fusese, probabil, obstrucţia arterei coronare. Diagnosticul de boală coronariană era surprinzător, deoarece pacientul avea colesterolul doar de 160 mg/ml, nu fumase niciodată, tensiunea era în limite normale, iar părinţii lui trăiau şi nu sufereau de boli de inimă.

Ziua infarctului nu fusese prin nimic excepţională. Din motive neclare, hotărîse să se întoarcă acasă mai devreme în acea după-amiază. În timp ce se juca cu fetiţele sale, s-a prăbuşit şi s-a învineţit, gîfîind zgomotos, apoi a încetat să mai respire. A fost resuscitat de membrii familiei şi dus în grabă la spitalul din apropiere, unde a fost defibrilat. În următoarele douăsprezece ore şi-a recăpătat starea de conştienţă şi a depăşit deficitul neurologic. O serie de electrocardiograme nu au arătat nici un semn de infarct. Enzimele cardiace specifice erau, de asemenea, normale. Avea numeroase extrasistole ventriculare, iar medicamentele antiaritmice s-au dovedit total ineficiente. După douăzeci de zile petrecute în spitalul comunităţii, el a fost transferat în secţia mea de la Spitalul Peter Bent Brigham. Un şir de teste, printre care cateterizarea şi angiograma coronariană, au demonstrat o inimă perfect normală şi artere coronare normale. Monitorizarea ritmului inimii a arătat totuşi frecvente extrasistole şi scurte episoade de tahicardie ventriculară paroxistică, precum şi o serie de bătăi anormale, care ar fi putut prevesti fibrilaţii ventriculare.

Oprirea inimii fusese complet înşelătoare. Investigaţiile psihiatrice nu au indicat probleme emoţionale serioase, dar au scos la iveală stresul considerabil din viaţa lui. Crescut într-o familie săracă de muncitori, Jones a fost primul

Scanned with OKEN Scanner

membru al familiei care a terminat liceul. Era un om muncitor, vibra de entuziasm, aruncîndu-se în orice proiect cu o energie pătimaşă. Totuşi, era deseori dezamăgit de greşelile asociaţilor săi şi clocotea de mînie în faţa trădărilor reale sau imaginare. Izbucnirile sale de mînie erau calmate de exerciţii fizice viguroase. Avea adesea vise cu încărcătură erotică, de care se dezicea, considerînd că nu fac parte din propriul său eu. Încă din timpul copilăriei, petrecute în sînul unei familii profund religioase dobîndise puternice principii morale, concentrate în special pe păcatul prin sex. Nega orice altă atracţie sexuală în afara celei pentru soţie, admiţînd, totuşi, că multe dintre colegele lui de lucru i-au făcut avansuri. Se temea de comportamentul sexual violent şi de pierderea controlului. Stăpînirea impulsurilor violente era ceea ce-l preocupa în mod special.

Un prim eşec în carieră, care i-a periclitat slujba în timpul unei crize economice, se petrecuse cu şase luni înainte de episodul aproape fatal. Profund tulburat, a găsit prea puţin sprijin din partea soţiei, care se ocupa de părinţii ei bătrîni şi bolnavi şi de copii, care plecau tot mai des de-acasă, pe la prieteni. Chiar înaintea episodului de fibrilaţie ventriculară, Jones, după spusele lui, „gospodărea" prin casă împreună cu fetele lui adolescente. Activitatea , care implica un joc sexual provocator, a fost întreruptă de un vecin care suna la uşă. Chiar în clipa în care una dintre fete deschidea uşa, el s-a prăbuşit pe podea, spunînd „îmi pare rău".

În timpul discuţiilor cu psihiatrul, părea relaxat, dar cînd acesta intra în cameră, Jones era agitat şi apăreau aritmii. Schimbarea era şocantă şi uşor cuantificabilă; extrasistolele creşteau cel puţin de patru ori în timpul discuţiilor cu psihiatrul faţă de restul zilei. Aritmiile complexe, care erau controlate cu medicamente, reveneau în timpul şedinţelor psihiatrice.

Monitorizarea atentă a ritmului său cardiac a arătat, după cîteva zile, un model neobişnuit. Cea mai mare incidenţă a

Scanned with OKEN Scanner

extrasistolelor survenea dimineața, devreme, cînd Jones părea că doarme liniştit. Ulterior s-a confirmat, într-un test efectuat în timpul somnului, că în acea perioadă se înregistrau unde cerebrale specifice, mişcări ale globilor oculari şi un tonus muscular crescut, manifestări asociate somnului cu mişcări rapide ale ochilor (REM), fază în care apar visele. În timpul somnului cu mişcări rapide ale ochilor apărea o mai mare frecvență şi o formă mai complexă a extrasistolelor decît atunci cînd Jones era treaz. În general, extrasistolele ventriculare scad, iar formele mai avansate chiar dispar în timpul somnului. Că aceste extrasistole erau prevestiri ale unor aritmii ce-i ameninţau viața a devenit clar cînd a avut al doilea infarct, care a coincis exact cu faza de somn REM.

Din nou resuscitat, Jones era foarte speriat, implorîndu-mă să nu-l mai las să i se întîmple aşa ceva. Pentru prima oară era pregătit să divulge conținutul visului, mai ales al aceluia pe care îl avusese chiar înainte de infarct. Se visase într-un automobil, împreună cu o femeie complet goală. Ambala motorul, iar maşina se apleca periculos pe creasta unei stînci. Pe măsură ce pasiunea creştea, comportamentul său devenea violent. Brusc, a înghețat, observînd în oglinda retrovizoare un polițist care se apropia. Înspăimîntat de ceea ce făcea, a apăsat pe accelerator, maşina a plonjat în gol şi totul a devenit negru.

Rolul critic al activității nervoase în generarea aritmiilor lui a fost demonstrat şi de măsurile prin care le-am eliminat. Meditația a redus frecvența extrasistolelor, iar trei medicamente succesive, întrebuințate cu succes ca antiaritmice şi acționînd fiecare diferit, au modificat transmiterea nervoasă către inimă. Unul din medicamente a lucrat direct asupra creierului, pentru a preveni accesele nestăpînite de mînie ale lui Jones, care semănau cu atacuri de epilepsie, al doilea a blocat activitatea nervoasă simpatică, iar al treilea a crescut activitatea nervului vag parasimpatic. Cînd aceste trei medicamente au fost combinate, aritmiile

Scanned with OKEN Scanner

au dispărut şi n-au mai fost induse nici de vizitele psihiatrului. Pentru a-l asigura împotriva unor recurenţe primejdioase, Jones a fost sfătuit să mediteze ori de cîte ori se enerva. A fost iniţiat pentru el şi un program de exerciţii care să-l menţină în formă. Douăzeci de ani mai tîrziu, el avea o viaţă plină şi productivă. Deşi a mai trecut printr-o seamă de evenimente stresante în viaţă, acestea nu i-au mai făcut inima să bată haotic.

Cazul unic al domnului Jones ilustrează rolul profund al relaţiei minte-inimă în survenirea morţii. Extraordinar a fost faptul că, în ciuda unor investigaţii intense, am fost incapabili să descoperim vreo anomalie structurală în inima lui. Niciodată pînă atunci, din cîte ştiu, nu a mai existat o asemenea conexiune între problemele psihiatrice profunde şi aritmie. Jones s-a luptat întotdeauna să-şi controleze comportamentul erotic şi agresiv. Cele două episoade de infarct au fost declanşate de exprimarea simbolică a sexualităţii şi a violenţei. Ritmul inimii lui era saturat cu extrasistole ventriculare, care vesteau sau, poate, chiar se aflau la originea fibrilaţiei. Aritmia fusese produsă de stresul psihologic, crescut în timpul somnului REM, apoi redusă prin meditaţie şi în cele din urmă abolită cu medicamente care scad influxul nervos de la creier la inimă. Rareori cineva întîlneşte un pacient care să furnizeze atît de extraordinare informaţii despre un proces complex care nu a fost încă elucidat de ştiinţă. Dar este cazul lui Jones unul excepţional, cu relevanţă limitată în ceea ce priveşte condiţia general umană? Nu cred. Sunt convins că problema lui este una relevantă şi revelatoare a realităţii.

Stimulaţi de experienţa domnului Jones, am examinat rolul stresului psihologic pe un grup mai larg de pacienţi care suferiseră un infarct şi fuseseră resuscitaţi sau avuseseră aritmii ventriculare aproape fatale. Ne-am bazat

Scanned with OKEN Scanner

raționamentul pe faptul că, dacă factorii psihologici pot, într-adevăr, să provoace moartea subită, vom găsi o incidență crescută de stări emoționale intense de-a lungul celor douăzeci şi patru de ore care au precedat instalarea aritmiei cardiace.

Lucrînd cu doctorul Peter Reich, ulterior director al secției de psihiatrie de la spitalul Brigham, am descoperit că o cincime din acel grup de 117 pacienți trecuse prin experiențe acute psihologice în cele douăzeci şi patru de ore care au precedat infarctul, iar unii dintre ei chiar cu mai puțin de o oră înainte. Printre situațiile care au condus la stresul psihologic s-au numărat diferite conflicte, umilirea în public, divorțul sau iminența acestuia, pagube de tot felul, eşecul în afaceri şi, în cîteva cazuri, coşmarurile. Starea psihică predominantă era aceea de mînie neputincioasă. Alte stări afective importante erau depresia acută, frica, emoția anticipativă şi suferința.

Faptul că nu am fost capabili să identificăm, la cei mai mulți dintre pacienți, factorii psihologici, nu înseamnă că ei nu existau. Tehnicile psihologice pe care le întrebuințam erau imprecise pentru a scoate la iveală tulburările emoționale latente. Totuşi, noi am arătat pentru prima dată că stimulii psihologici erau implicați în producerea infarctului la aceşti 21% dintre pacienți.

Mulți oameni suferă de tulburări emoționale instalate profund, nedetectate nici de doctori, nici de membrii familiei şi care sunt adevărate cancere ce erodează echilibrul psihologic. După un timp mai îndelungat, emoțiile de acest gen duc la boli cardiovasculare şi la moarte prematură. Cum pot fi detectate obiectiv stările cronice de stres? Cum să uşurăm acest stres odată expuşi la el? Ar fi mult mai bine să prevenim stresul, dar viața ne permite rareori acest lucru.

Putem clasifica arbitrar aceste tensiuni psihologice în două categorii distincte: cele cauzate de condiții obiective şi cele autogenerate şi legate de modele de comportament profund

Scanned with OKEN Scanner

înrădăcinate şi parţial genetice. O dată cu maturizarea experienţei clinice, mă împăcam din ce în ce mai greu cu imposibilitatea ameliorării obiceiurilor înrădăcinate, fie că era vorba de alcoolism, de dependenţa de fumat sau de droguri, de obezitate, de absenţa stimei de sine, de munca obsesivă sau, pur şi simplu, de lipsa bucuriei de a trăi.

Chestiunea trebuie tratată cu mai puţin orgoliu*. În acest stadiu de cunoaştere psihologică, poate ar trebui mai degrabă să ne mulţumim să reducem angoasa lui Prometeu, decît să încercăm în zadar să-l eliberăm. Pentru cardiolog, problema – simplu exprimată – ar fi cum să diminueze un influx nervos potenţial periculos pentru inimă chiar cînd factorii de stres există şi sunt fie autoinduşi, fie stimuli exteriori? Un răspuns a fost furnizat de cercetările profesorului Richard Wurtman şi ale colegilor săi de la Massachusetts Institute of Technology, secţia de ştiinţe neuroştiinţe. Ei au descoperit că sinteza neurotransmiţătorilor cerebrali, precum serotonina poate fi modificată prin dietă. Neurotransmiţătorii, unităţi de mesaje chimice între neuroni, sunt produşi la nivelul terminaţiilor acestora, din precursorii aminoacizi din sînge, rezultaţi din dieta zilnică. Deci concentraţia neurotransmiţătorilor cerebrali depinde parţial de ceea ce mîncăm.

Ne-am concentrat la început pe serotonină, fiindcă aceasta părea să moduleze influxul nervos în sistemul simpatic. Nu se ştia dacă o creştere a concentraţiei serotoninei din creier va reduce substanţial activitatea simpatică la nivel cardiac, dar cînd am administrat animalelor aminoacidul precursor al serotoninei, am descoperit că influxul nervos de la creier la inimă a fost drastic diminuat. De exemplu, aceasta a protejat inima împotriva aritmiilor letale care urmează ocluziilor bruşte ale unei artere coronare mari. Aceste descoperiri au deschis o nouă cale în studiul reglării activităţii

* Orgoliu sau culpă (gr.).

Scanned with OKEN Scanner

cardiace de către sistemul nervos central şi aşteaptă să fie testate pe fiinţa umană.

De ce influenţa creierului şi a minţii asupra sistemului cardiovascular a fost atît de mult timp ignorată? Un motiv ar fi dificultatea de a găsi metodele potrivite pentru a face faţă unor provocări complexe. Se estimează că la nivelul creierului uman există mai mult de douăzeci de miliarde de celule nervoase. Fiecare neuron este capabil să comunice cu mai mult de zece mii de vecini ai săi. Aceste conexiuni generează pînă la o sută de mesaje pe secundă. Conversaţia poate exploda într-o potenţială cacofonie înnebunitoare din moment ce există mai mult de o mie de trilioane de conexiuni posibile.

Mai mult, creierul nu este izolat. El este bombardat de un flux de informaţii senzoriale. Dar, deşi e cel care ne defineşte, creierul ar putea să nu fie instrumentul adecvat să determine propria sa natură. Paradoxal este faptul că, dacă el ar avea o structură simplu de înţeles, noi am fi nişte creaturi mult prea primitive ca să-l mai putem înţelege.

Într-o lume plină de circumstanţe aparent fără sens, ne confruntăm cu noi impedimente în înţelegerea activităţii creierului. Marele filozof evreu din secolul al XVII-lea, Baruch Spinoza, susţinea că „totul în viaţă este o cauză din care decurg nişte efecte". Poeţii, ca şi teoria modernă a haosului, surprind această esenţă în gîndul că o frunză care cade face să tremure o stea îndepărtată. Ceea ce eu numesc „efectul Spinoza" face interpretarea datelor ştiinţifice foarte problematică. În regatul minte-creier ele se transformă într-o mlaştină de obscurităţi. Un raport al lui Sigwart Ulrich din revista *Science* m-a ajutat să înţeleg această dimensiune. Întrebarea pe care o punea el era dacă în recuperarea după o operaţie la vezica biliară are vreo importanţă faptul că fereastra camerei pacientului dă spre o parcare sau spre o zonă împădurită. La prima vedere, întrebarea lui Ulrich părea o prostie, dar dacă reflectăm asupra ei, implicaţiile sunt

Scanned with OKEN Scanner

copleşitoare. El a demonstrat un „efect Spinoza“ descoperind că pacienţii se refăceau mai repede într-o cameră cu fereastra spre un parc. Aceşti pacienţi aveau nevoie de o doză mai mică de somnifere, se vindecau mai repede şi erau externaţi mai devreme decît cei repartizaţi, din întîmplare, într-o cameră cu vederea spre o parcare.

Aceste legături complexe, unele cunoscute, altele încă nedefinite, au făcut ascensiunea spre lumină mai grea decît îmi imaginam eu în tinereţe. Rămîn convins că această căutare, deşi ar putea fi considerată sisifică, trebuie continuată. Bătrînul rabin Tarfon scria în Talmud: „Nu te eschiva de la o sarcină care prin natura ei nu poate fi îndeplinită". Convingerea mea neabătută este că legătura minte-creier este cea mai provocatoare problemă cu care ne confruntăm în medicină.

Scanned with OKEN Scanner

4

Sindromul Münchausen

Ascultarea este un pas esențial pentru a ajunge la diagnosticarea corectă, dar precum am văzut, ea nu se rezumă doar la vorbe. Trebuie să fim atenți la cuvîntul nerostit, la grimasa care contrazice ceea ce a fost spus, la crisparea nervoasă, la strîngerea mîinilor, la limbajul trupului în general. Ascultarea înțelegătoare, întotdeauna recompensată, este necesară mai ales în cazul pacienților care caută să mintă deliberat. Ei mint din diverse motive: dependența de droguri, alcoolismul sau dorința de a înşela sistemul de asigurări şi de a obține compensații pentru false răni sau boli. Pacienții cei mai dificili sunt persoanele cu probleme psihice, care împing răbdarea doctorului la limită. A detecta o şaradă în spatele vorbelor plîngărețe este un test pentru abilitatea clinică şi pentru imaginația doctorului.

Aceşti pacienți sunt o dovadă că profesia medicală înțelege destul de puțin condiția umană. După o practică de cîteva decenii, doctorii cred că au văzut toate tipurile de comportament capricios sau excentric. Ei sunt surprinşi, totuşi, cînd întîlnesc pacienți cu „sindromul Münchausen". Această denumire vine de la un soldat german care a scris, în secolul al XVIII-lea, o serie de povestiri exagerate sau false aventuri. Cei care prezintă acest sindrom împing lucrurile foarte departe pentru a mima o boală serioasă. Comportamentul lor pare, în mod bizar, motivat şi, cîteodată, mai presus de controlul lor, deşi simptomele şi semnele clinice sunt produse deliberat. Mulți dintre aceşti pacienți

Scanned with OKEN Scanner

au suferit decepții. Unii sunt dependenți de droguri în căutarea unei rezolvări ușoare, alții sunt isterici, sociopați sau stresați de situații de viață zguduitoare care par să nu aibă ieșire decît acuzînd o pretinsă boală.

La fel de ușor de păcălit ca și publicul laic, doctorii sunt aproape invariabil înșelați. Judecînd după succesul pacienților cu sindromul Münchausen de a face comerț ambulant cu falsele lor boli, cineva ar putea trage concluzia că medicii se lasă ușor păcăliți de actori. Poate că este o situație imposibil de evitat în profesiunea de medic, deoarece el crede că pacienții sunt sinceri cînd își relatează bolile, avînd în vedere interesul propriu. Nu e niciodată ușor să-ți dai seama de înșelătoria unui prefăcut experimentat, dar uneori doctorul e păcălit și pentru că nu vrea să dea dovadă de indiscreție, din bun-simț sau, pur și simplu, din obtuzitate. Comportamentul aberant este adesea grotesc și nu are explicații logice. Întîlnirea cu un pacient care suferă de sindromul Münchhausen este o mare pedeapsă pentru medicul mințit, nedumerit de felul în care lucrează mintea umană.

Primul caz de sindrom Münchausen l-am întîlnit pe cînd eram încă intern. Pacienta, o tînără femeie în vîrstă de douăzeci de ani, tocmai dăduse naștere celui de-al treilea copil. Soțul ei, care lucra în marina comercială, era plecat pe mare. Cum mama ei trebuia să stea cu ceilalți doi copii, ea nu avea vizitatori de la care am fi putut afla situația ei familială. Era ținută încă în spital deoarece avea febră. Noi credeam că are o infecție a uterului, dar nu am putut găsi alte semne care să indice acest lucru. Oricît am încercat, nu am reușit să găsim cauza temperaturii ridicate.

Arătînd ca o stafie, slabă, palidă și gata să izbucnească în lacrimi, părea abia o adolescentă. Avînd un caracter blînd, era însăși întruparea inocenței și favorita doctorilor și a surorilor din acel mare salon. Aproape în fiecare după-amiază făcea febră mare și era de acord imediat cu testele invazive, care nu arătau însă nimic.

Scanned with OKEN Scanner

În cele din urmă, cineva a pus problema unei febre false, rezultată din manipularea termometrului de către pacientă. Nimeni nu credea însă că o persoană atît de dulce ar fi putut să facă aşa ceva. Dar de dragul corectitudinii am mutat totuşi patul ei de lîngă radiator, şi am pus o soră să stea lîngă patul ei în timp ce îşi lua temperatura. Pacienta a continuat să aibă episoade de febră.

Doctorii se simt foarte jenaţi cînd sunt siliţi să admită că nu ştiu ce se întîmplă. O stratagemă obişnuită este să pună un diagnostic lipsit de sens, susţinînd că ştiu totuşi despre ce e vorba. Urmînd această tradiţie, am etichetat problema ei drept FON, febră de origine necunoscută.

O dată pe lună prezentam cazurile dificile unui medic însoţitor, doctorul L., un specialist în diabet şi un clinician ager. El a ascultat cu atenţie şi a rămas uimit că timp de o lună nu am fost capabili să găsim un răspuns. Cînd a ajuns la patul tinerei femei, i-a pus doar cîteva întrebări, apoi s-a transformat într-un uriaş mînios şi demonic, strigînd cu glas tunător:

– Spune-le acestor doctori cum îţi falsifici temperatura!

Ea s-a ghemuit, trăgînd pătura să ascundă totul, în afară de ochişorii verzi înspăimîntaţi. Suspinînd, s-a rugat:

– O, nu mă siliţi să plec acasă. Dacă mă duc acolo, o să-mi omor copiii şi mă omor şi eu.

Mărturisirea chinuitoare a femeii a fost greu de suportat.

Plecînd de lîngă patul ei, l-am întrebat pe doctorul L. cum şi-a dat seama că pacienta reuşea să-şi ridice temperatura. El mi-a explicat că este imposibil ca o persoană să aibă febră atît de mare fără alte semne de infecţie – cum ar fi creşterea frecvenţei cardiace, creşterea numărului de leucocite şi înfăţişarea bolnăvicioasă. Ea nu avea nimic din toate astea. Mai mult, a continuat el, povestea a durat cîteva luni, timp în care şi-a păstrat pofta de mîncare şi greutatea. Era clar că e o imitaţie, iar singurul mod în care îşi putea ridica temperatura,

Scanned with OKEN Scanner

cu o soră urmărind-o îndeaproape, era să frece termometrul de sfincterul rectal. Oricît de ciudat ar părea, pacienta a confirmat mai tîrziu că aşa încălzea termometrul. A fost transferată într-un salon de psihiatrie şi a progresat mult.

Al doilea pacient cu sindromul Münchausen, Sam, era un bărbat de douăzeci şi şapte de ani cu supuraţii la picioare, ulceraţii şi cu flebită, sursă a unor cheaguri de sînge care se propagau la plămîni, punîndu-i viaţa în pericol. L-am consultat cînd eram rezident la spitalul Montefiore din New York. Sam era atît de tînăr, atît de isteţ, atît de uman şi totuşi atît de mîhnit, încît îmi sfîşia inima. Piciorul lui stîng arăta de parcă ar fi călcat pe o mină. După săptămîni de antibiotice locale şi intravenoase, un ţesut de granulaţie sănătos îi acoperea rănile. Dar îndată ce piciorul părea că se vindecă, rănile se redeschideau în mod misterios, lăsînd să curgă un puroi urît mirositor. Cînd boala revenea, avea febră mare, creştea numărul de globule albe şi era scuturat de frisoane. Atunci Sam începea să strige ca şi cum ar fi fost torturat şi nu se calma decît după ce primea mari doze de morfină, de care devenise dependent. Această situaţie a continuat timp de cîteva luni.

Mă înţelegeam bine cu Sam şi am petrecut multe momente plăcute vorbind cu el şi încurajîndu-l. În cele din urmă, prin februarie, a început să facă mari progrese. Pentru prima dată, piciorul lui arăta aproape complet vindecat. Ne felicitam reciproc şi plănuiam să sărbătorim, în ziua următoare, externarea lui Sam din spital. În noaptea aceea am fost liber. Cînd am intrat în salon a doua zi dimineaţă, Sam era din nou bolnav; era acoperit cu pături şi avea frisoane. Se uita la mine cu reproş, ca şi cum l-aş fi lăsat de izbelişte. Iar piciorul arăta mai rău ca oricînd.

O infirmieră care fusese de serviciu noaptea m-a tras deoparte, ca să nu fim auziţi. Ea mi-a zis că are ceva

Scanned with OKEN Scanner

important să-mi spună înainte de a-l compătimi prea tare pe bietul nenorocit. Şi în timp ce vorbea, abia îşi stăpînea mînia:

– Azi-noapte, în timpul viscolului, nu-l găseam pe Sam. La toaletă nu era. Fiindcă perdeaua de la uşa care dă spre curte era dată la o parte, m-am uitat şi acolo, dar n-am văzut nimic în întuneric. Am văzut doar că ningea şi am stins luminile în salon. Atunci am observat afară silueta unei persoane îmbrăcată în alb. Am apucat un halat şi am ieşit. Cînd m-am apropiat, am auzit gemete de durere şi l-am recunoscut pe Sam, care stătea aplecat şi nu ştiu ce făcea. Gemea de parcă l-ar fi torturat cineva, aşa că nu m-a auzit venind. Atunci am văzut cea mai oribilă imagine din viaţa mea de infirmieră. Sam îşi lovea piciorul cu o scîndură care avea la capăt un cui mare şi ruginit şi îşi sfîşia cu ea piciorul. Am strigat, iar el a aruncat scîndura şi a fugit înapoi în pat.

– Nu-mi vine să cred, am murmurat eu.

– Urmaţi-mă, a zis ea.

De la uşă pînă în mijlocul aleii era o dîră de sînge în zăpada proaspăt căzută, iar la capătul dîrei se afla chiar instrumentul de tortură. Sam a fost mutat în aceeaşi zi la un spital de boli mintale.

Mulţi ani mai tîrziu, la spitalul Peter Brent Brigham din Boston, l-am întîlnit pe al treilea pacient al meu cu sindromul Münchausen. Omul avea vreo patruzeci şi cinci de ani şi fusese în marina comercială, avea numeroase tatuaje pe fiecare braţ şi sosise la reanimare acuzînd dureri îngrozitoare în piept. Era transpirat, dar nu arăta foarte bolnav. Temperatura lui era normală, tensiunea stabilă, pulsul - nu prea rapid, iar globulele albe în limite normale. După o scurtă perioadă a cerut o doză foarte mare de morfină, ca să-i uşureze suferinţa. Nimeni nu a bănuit nimic suspect, fiindcă electrocardiograma evidenţia modificări de infarct.

Scanned with OKEN Scanner

Cînd am intrat în salon, el zăcea în pat cu ochii închişi, gemînd şi crispîndu-se, în ciuda narcoticelor. S-a ridicat în şezut, cu faţa la mine, şi am vorbit despre povestirile cu marinari ale lui Jack London, care îl interesau. Discuţia a durat aproape zece minute. Brusc, mi-a trecut prin minte că omul ăsta nu avea deloc dureri. Cum discuţia noastră devenea animată, grimasele lui au încetat; se simţea în largul lui şi zîmbea uşor. Nu era acesta pacientul pe care l-am întîlnit la intrarea mea în cameră! Chiar în acel moment parcă mi-a citit gîndul, fiindcă s-a întins în pat şi a început iar să geamă şi să suspine.

Le-am spus infirmierelor să-i dea un *placebo*, adică un surogat de medicament, o porţie mare de ser fiziologic intramuscular. Ca urmare, enzimele din sînge i-au revenit la normal. Am bănuit că era dependent de droguri şi m-am decis să abordez problema direct. Cînd am intrat în salon, a sărit din pat şi a început să-şi umple sacoşa cu cele cîteva lucruri pe care le avea.

– Ce te grăbeşti aşa? l-am întrebat. Hai să vorbim. Vreau să te ajut.

S-a aşezat părînd amuzat.

– Eşti mult mai inteligent decît ceilalţi doctori.

– Ce vrei să spui ?

– Durerea de piept a fost bună pînă acum pentru trei mii de spitalizări. Dar porfiria a fost şi mai bună.

– Nu înţeleg, i-am răspuns.

– Totul a început acum cincisprezece ani, la Seattle. Eram dependent de narcotice şi am ajuns la Spitalul Universitar din Washington cu crampe intestinale. Internul m-a examinat atent, apoi m-a îndopat cu Demerol. A doua zi a năvălit entuziasmat în salon: „Am diagnosticul, am diagnosticul! Aveţi *porfirie*. Am făcut teste. Urina dumneavoastră este închisă la culoare şi pozitivă". Nu mai auzisem aşa ceva. Ce credeţi că a făcut după aceea? Idiotul mi-a adus cartea de

Scanned with OKEN Scanner

medicină a lui Harrison şi cîteva articole despre porfirie. Într-o singură zi am devenit o autoritate în această boală bizară. Întreg serviciul medical era în stare de agitaţie. Nimeni nu mai văzuse un caz de porfirie. Am fost chiar prezentat la vizita mare. Am stat trei săptămîni în spital şi m-am bucurat de celebritate. Internul îmi tot aducea noi articole. Aşa că am devenit într-adevăr specialist. A fost bună pentru mai bine de două mii de spitalizări.

Aceste pretenţii erau de-a dreptul ridicole, dar nu aveam de gînd să-l provoc pe pacient. Eram mult mai interesat să aud răspunsurile lui la următoarele întrebări.

– Dar cum a fost cu urina? Cum ai putut să o faci pozitivă pentru pigmentul porfirină? l-am întrebat.

– Şi eu m-am mirat, a răspuns el. Apoi mi-am amintit că înainte cu cîteva zile de intrarea în spital băusem nişte lichior, Clar de lună. Cu o noapte înainte voiam să intru în spital, aşa că am înghiţit otrava aia şi urina mea a devenit pozitivă...

În cele din urmă fusese spitalizat în aproape toate spitalele din vestul şi nord-vestul Statelor Unite. Spunea chiar cu mîndrie că despre cazul lui s-a scris în cîteva din revistele medicale importante. Dar după cinci-şase ani înşelătoria a fost descoperită, iar porfiria nu a mai fost un diagnostic valabil. Aşa că s-a întors la durerile de piept.

Vreo opt ani mai tîrziu ţineam locul unui coleg la urgenţe cardiologice în Spitalul Brigham, cînd un rezident m-a întrebat dacă n-aş vrea să examinez un bărbat de vîrstă mijlocie cu infarct. Îngrijorat că în ciuda dozei generoase de narcotice pacientul acuza încă dureri, iar secţia coronariană a spitalului era plină, rezidentul dorea opinia mea înainte de a-l trimite pe om la o secţie medicală.

M-am grăbit să-l văd pe omul cam de cincizeci şi ceva de ani care mi se părea cunoscut, dar nu ştiam de unde să-l iau. El a prezentat o fişă de la o internare recentă într-un spital din Brooklin. Diagnosticul de externare era angină instabilă, rezultînd dintr-o îngustare severă a arterei coronariene, care

Scanned with OKEN Scanner

prevestea un iminent infarct. Judecînd după fişa medicală, părea că i-a zăpăcit pe doctori cu durerea incontrolabilă de piept şi cu traseele electrocardiografice schimbătoare, dar nimic altceva nu era concludent. Citind fişa, am avut senzaţia puternică de *déjà vu*. Cînd am tras pătura să-l examinez, l-am recunoscut după tatuajele de pe braţ.

– Baronul Münchhausen în persoană! am exclamat eu.

El a sărit de pe patul de campanie şi a început să se îmbrace.

– Încă mai cred despre cardiologi că sunt nişte idioţi, zise el cu dezgust, dar în fiecare butoi se află cîte un măr putred şi ghinionul meu este să tot dau peste el.

– Ce s-a mai întîmplat de cînd nu ne-am văzut? l-am întrebat eu.

– Acum durerea în piept e mult mai bună ca bilet de internare decît porfiria şi nici nu trebuie să mai înghit rachiu.

– Ce vrei să spui ?

– Vreau să spun că am stat de mai multe ori în spital cu angina instabilă decît cu oricare altă suferinţă din viaţa mea. Tot ce trebuie să fac este să dau semnalul lui Levine – şi se lovi cu pumnul în piept, pe stern. Merge vreo cîteva săptămîni. Dar trebuie să mă feresc să nu-mi bage vreun cateter...

– Dar nu ţi-a mers la Spitalul Maimonides, unde ţi-au făcut o angiogramă. N-a fost riscant ?

– Lecturile mele medicale m-au încredinţat că pot fi un cîştigător. Mi-am închipuit că pentru unul ca mine, un bărbat de vîrstă mijlocie, cu un colesterol ridicat, şansele de a avea o arteră blocată ar fi de peste 80% . Dacă nu dădea rezultate, nu mă mai duceam la Maimonides, dar dacă era pozitivă – ce noroc! Aveam garantată internarea în orice spital din State...

Devenise nerăbdător.

– O ultimă întrebare, i-am zis. Cum faci ca să-ţi tot schimbi electrocardiogramele?

Scanned with OKEN Scanner

– Secret negociabil. Apoi adăugă, cu un chicotit: Ce naiba să fac? Mă hiperventilez.

(Doctorii ştiu de mult că prin hiperventilaţie se poate modifica o electrocardiogramă pentru a face să pară o circulaţie coronariană anormală.)

A ieşit cu un aer arogant din salon, spre surpriza personalului care, cu cîteva minute înainte, îl considerase un bolnav în stare critică.

Al patrulea şi ultimul Münchausen pe care l-am întîlnit a fost cel mai bizar dintre toţi. Pacientul fusese transferat cu ambulanţa la Spitalul Brigham de la un spital din Rhode Island, unde fusese internat pentru pierdeerea cunoştinţei. În dimineaţa următoare, la vizită, cînd l-am întrebat ce l-a adus la spital, răspunsul lui ne-a debusolat.

– Am mercur la inimă.

– Cum ţi-a intrat mercurul în inimă ?

– Mîncînd gogoşi.

– Mîncînd gogoşi? m-am bîlbîit eu neîncrezător.

– Da, mîncînd gogoşi, repetă el liniştit.

– Spune-mi povestea.

– Păi, am cumpărat cîteva gogoşi. Nevastă-mea şi băiatul au mîncat din ele şi deodată o gogoaşă a căzut pe jos şi mercurul s-a răspîndit pe podea.

– De unde ştii că era mercur ?

– Eu lucrez cu mercur. Sunt tehnician la un spital şi lucrez cu aparatul Van Slyke pentru determinarea oxigenului din sînge. Folosim mereu mercur. Nevastă-mea şi băiatul sunt acum grav bolnavi cu rinichii. O să dăm în judecată patiseria.

Am rămas perplex, întrebîndu-mă dacă aveam de-a face cu un schizofrenic. Ca şi cum mi-ar fi citit gîndurile, el a spus:

– Dacă nu mă crezi, poţi să-mi faci o radiografie a inimii şi ai să vezi mercurul.

M-am hotărît să-i satisfac capriciul şi l-am dus jos pentru o fluoroscopie cardiacă. Cînd fluoroscopul a fost aprins, am

Scanned with OKEN Scanner

văzut, spre marea mea uimire, un glob de material negru dansînd brambura, precum mărgelele într-un caleidoscop, în ventriculul lui drept.

Nu există absolut nici o cale ca un metal greu şi nedizolvabil, ca mercurul, să ajungă în inimă. Dacă ar fi înghiţit, ar trece prin intestin fără să fie absorbit şi ar ajunge în fecale. Desigur, ar putea ajunge prin injecţie într-o venă, dar ar fi nebunie curată. Iar soţia şi copilul, atinşi şi ei – nu, era imposibil... Am sunat la Spitalul Providence, unde spusese că erau trataţi soţia şi fiul lui – şi, într-adevăr, cei doi erau acolo. Misterul se adîncea.

Am alertat infirmierele şi le-am cerut să nu-l scape din ochi. A doua zi mi s-a spus că la patul pacientului fusese dată alarma de stop cardiac de cîteva ori. Adică traseul electrocardiografic pe osciloscopul care îl monitoriza devenise o linie dreaptă, ceea ce înseamna că nu mai există activitate cardiacă. S-a descoperit totuşi că pacientul deconectase un electrod, în mai multe rînduri. După ce i s-a spus că alarma fusese produsă de un electrod deconectat, alarmele au încetat.

Fiind convinşi că omul era un psihopat, am cerut un consult psihiatric, dar psihiatrul, oricît de incredibil ar părea, a înghiţit povestea. El ne-a spus că pacientul, care era stabil şi nu prezenta nici o psihopatologie, i se plînsese că medicii cred că povestea lui este fabricată. Psihiatrul m-a acuzat chiar de lipsă de profesionalism.

– Totuşi, aţi avut dovada că mercurul este prezent în inimă.

La viitoarea vizită la patul pacientului am cerut infirmierelor să-i recolteze urina, să văd dacă mercurul este eliminat din corp prin rinichi. El a ascultat cu mare interes cum născoceam această ridicolă poveste în faţa echipei. Cînd am ieşit din salon, am explicat echipei de surori că nu era posibil ca mercurul să fie eliminat prin rinichi şi le-am cerut să ţină evidenţa termometrelor. În ziua următoare, urina lui conţinea bile de mercur, iar o infirmieră vigilentă a descoperit termometre sparte, înfăşurate în ziar, în coşul lui de gunoi.

Scanned with OKEN Scanner

Munca lui ca tehnician la spital era aceea de a măsura conținutul de oxigen din sînge prin echilibrarea acestuia cu o coloană de mercur. Pacientul avea deci o rezervă pregătită de mercur, seringi și ace. Adică mijloacele necesare pentru a injecta mercur în venă, singura cale prin care putea ajunge în partea dreaptă a inimii, unde îl găsiseră. Probabil că făcuse același lucru cu soția și cu fiul lui. Ajungînd la această concluzie, am încercat să obțin confirmarea pacientului. Dar cînd am început să stau de vorbă cu el, a părut jignit și șocat și am renunțat. Întrebările mele erau prosteşti și nu duceau nicăieri.

A doua zi, patul lui era gol. Am fost informat că plecase în grabă, spunînd că a fost șocat de absența de profesionalism din acest spital așa-zis faimos. L-am sunat pe medicul de la Providence care îi scrisese referințele și i-am împărtășit bănuielile mele. Doctorul a fost jignit. A spus că îl cunoaște bine pe pacient și că un proces împotriva patiseriei acuzate că amestecă mercur în gogoși se află pe rol la tribunal. Nereușind să aflu mai mult despre acest caz misterios, nu l-am urmărit mai departe. Încă mă întreb ce rezultate a avut.

Cazurile de sindrom Münchausen întîlnite m-au făcut să caut în literatura medicală, unde am găsit rapid și altele, chiar mai ciudate. Un raport al Institutului Național de Sănătate relata despre o pacientă care și-a injectat pe ascuns adrenalină, ceea ce a dus la hipertensiune și la bătăi rapide de inimă, simulînd o tumoră suprarenală. Ambele glande suprarenale i-au fost extirpate într-o încercare disperată de a i se salva viața. În cele din urmă, în noptiera ei au fost găsite seringile, acele și flacoanele de adrenalină. Dar răul iremediabil fusese produs chiar de doctori, care încercaseră să trateze o problemă insolubilă.

Mult mai rele sunt cazurile de sindrom Münchausen prin înlocuitor, în care copiii mici ajung victimele propriilor părinți. Într-un astfel de caz, o mamă și-a adus pruncul la

Scanned with OKEN Scanner

spital plîngîndu-se de somnolența lui excesivă și de faptul că vomită fecale. O examinare atentă l-a găsit pe prunc normal; cercetările au descoperit că mama își îndopa pruncul cu sedative și cu fecalele.

Probabil că medicii sunt atît de des păcăliți de cei cu sindromul Münchausen tocmai pentru că doctorul trebuie să creadă relatările pacientului, așa cum legea socotește inocentă o persoană pînă cînd i se dovedește vinovăția. Aceasta poate face ca un doctor bine pregătit să fie prins într-o rețea de minciuni altminteri incredibile. Deoarece arta ascultării se pierde, iar medicina devine tot mai legată de tehnologia care nu poate detecta lucrările pervertite ale minții umane, pacienții cu sindromul Münchausen vor avea mai mult succes decît în trecut.

Scanned with OKEN Scanner

II

Vindecarea pacientului:

Arta doctorului

Scanned with OKEN Scanner

5

Cuvinte care rănesc

Anamneza este cel mai important aspect al activității medicale. Timpul necesar este o mică investiție în tratare şi în vindecare, iar un corect istoric al bolii este el însuşi terapeutic. Cuvintele sunt instrumentele cele mai puternice pe care le posedă doctorii, dar acestea sunt ca o sabie cu două tăişuri –pot răni sau pot vindeca.

Am fost martor al puterii catastrofale a cuvintelor la începutul carierei mele, la scurt timp după ce am început stagiul de profesor de cardiologie asociat la Spitalul Peter Bent Brigham, cu doctorul Samuel Levine, care conducea, o zi pe săptămînă, o clinică ambulatorie de cardiologie. După ce un ucenic în ale medicinei examina un pacient, Levine apărea, cu o suită de doctori vizitatori, să studieze problema şi să îndrume în diagnostic şi în tratament. Intolerant faţă de discursul lung şi întortocheat, el cerea o prezentare succintă a principalelor probleme. Cu una sau două întrebări clar formulate, Levine atingea problema esențială. Spre deosebire de răspunsurile ocolite pe care le dădeau pacienții lui la întrebările mele, lui îi răspundeau cu o remarcabilă concizie şi exactitate. Interacţiunea, adesea fermecătoare, era întotdeauna instructivă. Examenul lui fizic părea pripit, o palpare scurtă a apexului inimii, o percutație a spatelui, o scurtă auscultare cu stetoscopul, apoi un dialog platonic care conducea la diagnosticul corect. După cîteva cuvinte încurajatoare, trecea la patul următor. Fiecare şedință cu Levine, deşi rareori dura mai mult de cinci minute, avea o mare încărcătură şi mă învăța ceva important.

Scanned with OKEN Scanner

* * *

Era o zi fierbinte de iulie. Încă nu se introdusese aerul condiționat. În dimineața aceea, consultam o femeie puțin peste patruzeci de ani, pacientă a clinicii de mai bine de treizeci de ani. Levine o îngrijea din copilărie, de cînd un reumatism acut o lăsase cu o valvă tricuspidă stenozată. Această valvă se află în partea dreaptă a inimii, iar cînd e stenozată, sîngele se întoarce spre ficat, spre abdomen şi spre extremități, dar plămînii nu sunt afectați. Pacienților cu stenoza valvei tricuspide nu li se opreşte respirația şi adesea au abdomenul umflat, semănînd cu cel al unei gravide.

Doamna S., deşi nu putea depune efort, nu avea dificultăți la respirație şi dormea nesprijinită de perne. Deşi avea picioarele şi abdomenul destul de umflate cu lichid, continua să lucreze ca bibliotecară. Îl respecta pe Levine, aşa cum şi el îi admira tăria şi atitudinea stoică. Sentimentele reciproce de înaltă prețuire şi de afecțiune erau foarte evidente. Îl auzeam pe Levine murmurînd: „Este o femeie decentă şi curajoasă". Era cel mai mare compliment pe care Levine şi-l permisese vreodată. Doamna S., care nici ea nu îşi permitea efuziuni, recunoştea că rezistase atît de bine datorită încurajărilor lui.

În ziua în care s-a desfăşurat drama, doamna S. avea o congestie care s-a dovedit rezistentă la injecțiile cu diuretice. Medicamentele nu-i mai puteau ajuta rinichii să elimine din corp excesul de fluide. Greutatea ei rămînea stabilă, situație înşelătoare – din moment ce ea, prin scăderea poftei de mîncare, pierdea țesuturi solide şi le înlocuia cu fluid. Ca de obicei, era optimistă şi aştepta ca Levine să scoată un nou truc din pălăria sa de magician, aşa cum făcuse şi în alte ocazii. În dimineața aceea Levine era copleşit de pacienți, vizita lui a fost mai grăbită ca de obicei, iar examinarea cam neglijentă. În plus, mulți doctori i se învîrteau prin preajmă ca să prindă „perlele" bătrînului profesor. Levine a mormăit ceva despre un caz de ST (jargon medical pentru stenoză

Scanned with OKEN Scanner

tricuspidă). Fiindcă după plecarea lui mulți doctori au dat tîrcoale să asculte acel murmur al valvei, femeia, de obicei taciturnă, a devenit neliniștită și vizibil agitată. Cînd, în fine, a fost lăsată în pace, ea a murmurat:

– Acesta e sfîrșitul.

Cînd am întrebat-o care era motivul neliniștii ei, ea mi-a răspuns, îngrozită:

– Doctorul Levine a zis că am ST.

– Da, așa e, aveți ST, am afirmat eu. I-am explicat că doctorul Levine a întrebuințat termenul ST ca o abreviere pentru stenoza tricuspidei.

A început să plîngă liniștit.

– Dar ce credeați că înseamnă ST? am întrebat-o eu.

Cînd i-am auzit răspunsul, aproape că am izbucnit în rîs.

– Înseamnă situație terminală.

I-am explicat încă o dată că doctorul Levine a întrebuințat termenul ST ca o abreviere pentru stenoza tricuspidă, dar ea nu mă mai asculta. Toate eforturile mele de-a o calma au fost fără folos. M-a alarmat faptul că respirația ei devenea dificilă și rapidă. Pentru prima oară nu a fost capabilă nici să se întindă, dificultatea de respirație silind-o să stea ridicată.

Reexaminînd-o, am detectat cu îngrijorare semne de fluid în partea de sus a pieptului, indicînd o congestie severă a plămînilor. Doar cu cîteva minute mai înainte plămînii ei erau perfect curați. O radiografie pulmonară a confirmat că avea plămînii plini cu lichid și a fost transferată prompt într-un salon medical. Nici una dintre măsurile obișnuite – oxigen, morfină sau diuretice – nu a ajutat prea mult. Mi-am făcut curaj să-l sun pe Levine la cabinetul lui, dar după ce i-am spus ce s-a întîmplat, mi-am dat seama din vocea lui neîncrezătoare că povestea mea suna bizar. Mi-a spus că pacienții cu stenoză tricuspidă nu se comportă clinic așa. A promis că va veni să o vadă pe la șapte seara, cînd va termina cu pacienții de la cabinetul particular, dar înainte să sosească

Scanned with OKEN Scanner

el, femeia a fost învinsă de edemul pulmonar şi a murit. Pacienţii cu stenoză tricuspidă se sting şi mor lent, nu printr-o absurdă congestie pulmonară. O astfel de congestie este invariabil rezultatul cedării ventriculului stîng, dar ea nu avea ventriculul stîng bolnav. Cînd a murit, am rămas împietrit, neajutorat şi înspăimîntat.

De-a lungul carierei mele medicale am întîlnit multe reacţii similare la vorbele medicului, deşi mai puţin dramatice. În timpul studiilor postdoctorale în cardiologie, îmi făceam rondurile cu un medic-asistent care trata un pacient care suferise recent un infarct. Era începutul lui noiembrie, iar pacientul a întrebat dacă va putea merge acasă de Ziua Recunoştinţei. Doctorul i-a răspuns uşuratic că va fi norocos dacă va ajunge acasă pînă la Crăciun. Abia a terminat de spus aceste vorbe, că pacientul şi-a şi pierdut cunoştinţa. A fost resuscitat cu greu în urma unui atac de cord.

Într-un spital mare este aproape imposibil să ferim un pacient de vorbele celor neexperimentaţi sau neatenţi. Vorbele nepotrivite pot răni aproape la fel de mult ca un atac fizic. Îmi amintesc că am vizitat un pacient care se refăcea, fără probleme, după un infarct. Părea descurajat, pulsul lui era grăbit şi avea simptomele unei congestii cardiace. Întrucît nu era nici un motiv obiectiv pentru o asemenea turnură, mi-am imaginat că a primit o veste de acasă.

– Domnule Jackson, de ce sunteţi atît de trist şi descurajat? l-am întrebat.

– Oricine ar fi la fel dacă i s-ar spune ce am auzit eu azi-dimineaţă, mi-a răspuns el.

– Şi ce-aţi auzit ?

– Internul mi-a spus că am avut un atac de inimă, rezidentul vorbea de un infarct miocardic acut, rezidentul-şef l-a numit tromboză coronariană, în timp ce medicul asistent a indicat că am suferit un episod ischemic acut. Cum oare, pentru numele lui Dumnezeu, poate supravieţui

Scanned with OKEN Scanner

cineva cu atît de multe boli de inimă? Ba mai mult, cînd am întrebat-o pe soră ce se întîmplă, mi-a răspuns că mai bine să nu întreb.

Toți aceşti termeni sunt formulări diferite pentru o singură boală. Un pacient poate fi speriat, imaginîndu-şi ce e mai rău, cînd aude o frază nepotrivită sau un cuvînt rău ales.

Doctorii n-ar trebui să-i sperie pe pacienți, dar, regretabil, asta fac de obicei. În calitatea mea de acum, de consultant cardiolog, văd mulți pacienți care vin pentru o a doua opinie: după ce li se recomandă un bypass coronarian sau o operație de valvă. Par adesea speriați, iar eu am descoperit cu îngrijorare că aceste emoții – rezultate din limbajul întrebuințat de doctori – sunt foarte dăunătoare. În ultimii cîțiva ani am notat multe remarci înfricoşătoare pe care şi le aminteau pacienții. Cum obişnuiam să văd pe soț şi pe soție împreună, am notat numai expresiile repetate de amîndoi, independent. Pînă acum am acumulat cîteva sute de astfel de formulări neîndemînatice. Următoarele sunt dintre cele mai comune :

„Trăiți un timp de împrumut".

„O luați la vale cu repeziciune".

„Următoarea bătaie de inimă poate fi ultima".

„În orice clipă puteți face un infarct sau chiar mai rău"."

„*Malach amoveth* (îngerul morții) vă acoperă cu umbra lui".

Am auzit numeroase variațiuni ale frazei: „Aveți o bombă cu ceas în piept" sau „Sînteți o bombă cu ceas". Un consultant cardiolog a indicat o arteră obstrucționată pe o angiogramă coronariană şi a informat-o pe soția pacientului: „Acest vas de sînge îngustat vă poate face văduvă". „Un alt pacient îşi amintea că doctorul îi spusese: „Mă tem să mă şi gîndesc la anatomia dumneavoastră".

Un pacient care avusese un atac de inimă şi refuzase operația de bypass a relatat:

Scanned with OKEN Scanner

– Doctorul mi-a spus că nu poate garanta că următorul infarct nu va fi şi ultimul.

Unui alt pacient, urgenţa operaţiei i-a fost comunicată în forma următoare: „Operaţia ar trebui făcută imediat, de preferinţă ieri".

Un pacient sosit în camera de urgenţă cu tahicardie ventriculară (o aritmie severă) îşi amintea că cel mai înfricoşător fusese strigătul unui rezident: „Îl pierdem! Îl pierdem!"

Acestea sunt doar cîteva exemple, dar mie mi se pare neliniştitor faptul că întîlnesc, cu o frecvenţă crescîndă, asemenea formulări dăunătoare. Uneori ele pot fi ignorate, dar adesea pot produce o imensă suferinţă.

Nu întotdeauna e posibilă o a doua opinie

Domnul Glimp, care nu împlinise încă şaptezeci de ani, trăia în Florida. Craniul pleşuv, înconjurat de şuviţe albe, nu se armoniza cu faţa lui fără riduri şi cu ochii albaştri zîmbitori, dar părea trist şi neajutorat cînd s-a adresat încă frumoasei lui soţii.

– Spune-i tu, a zis el după ce şi-a căutat, fără succes, propriile cuvinte.

Mîna lui dreaptă era înţepenită de la cot ca urmare a unui atac recent. Esenţialul era clar. Dar de ce voia să închidă uşa hambarului după ce calul fusese furat? De ce călătorise la Boston pentru a cere şi opinia mea? Făcuse deja operaţia de bypass...

– N-am fost bolnav nici o zi din viaţa mea, afirmă el.

– Dar aţi avut angină, boală care cel mai adesea duce la bypass coronaraen. Nu de aceea aţi făcut operaţia ?

– Cum adică? întrebă el.

– O presiune în piept sau o strînsoare la efort. Şi mi-am pus palma deschisă peste osul sternal, locul obişnuit pentru disconfortul dat de angină.

Scanned with OKEN Scanner

– Nu, niciodată, zise el emfatic.

– Atunci ce simptome au dus la operație ?

– Doctore, lăsați-mă să vă explic. Am fost sănătos toată viața, rareori am luat cîte o aspirină. M-am decis să fac controlul anual. Se deschisese în apropiere o clinică faimoasă, cu o foarte bună reputație. M-am dus doar pentru un control, era într-o vineri dimineață. Doctorul a crezut că am nevoie doar de un test de verificare. După aceea a descoperit o tulburare şi mi-a recomandat un test cu taliu. Clinica e foarte eficientă, te trece de la un test la altul fără să te lase să răsufli. După testul cu taliu mi-a zis că am încurcat-o. Mi-a recomandat neîntîrziat o cateterizare. Mi-a explicat că prin cateter vor obține o fotografie a arterelor mele coronariene. L-am crezut, fiindcă era un doctor foarte simpatic. În esență mi-a zis că nu prea am de ales, cateterul este un test, care nu dă greş niciodată. Nu considera că e cazul să amîn, fiindcă un atac fatal de inimă m-ar fi putut lovi în orice moment. Ce puteam face?

Mi-a spus asta cu poticneli, subliniate de pauze şi punctate cu şuierături uşoare şi cu norişori de salivă.

Soția lui continuă istoria:

– Era vineri după-amiază şi îmi făceam griji că Harold zăbovea atît. La urma urmei, se dusese doar pentru un control de rutină. Îngrijorarea mea a atins cote maxime atunci cînd doctorul P. a sunat şi mi-a spus să vin de urgență fiindcă Harold „are probleme". Am ajuns la clinică mai mult moartă decît vie. Doctorul aştepta să-mi arate filmul arterelor coronariene ale lui Harold. Ce ştiu eu despre vase coronariene? Pe film arătau ca nişte viermişori albi răsuciți. Doctorul a indicat blocaje pe toate arterele importante. Am înghețat cînd a zis că Harold este un „mort ambulant". După părerea lui, nu mai era cazul să aşteptăm:

– Ar putea muri în orice moment...

– Trebuie să semnez undeva?

– Nu trebuie să semnați nimic. Harold a semnat deja

Scanned with OKEN Scanner

Simțeam că Dumnezeu ne veghează. Și încă foarte îndeaproape! Acum eram pe mîini bune. Doctorul ne spusese că suntem norocoși; putea fi operat chiar a doua zi, deși era sîmbătă. Chiar pe masa de operație, Harold a avut un infarct. Doctorii nu știau dacă o să iasă cu bine din asta. Dar ghinionul nu îl părăsise. Două zile mai tîrziu, luni, a făcut un accident vascular cerebral. Chiar avusese nevoie de operație? Doctorul era atît de convingător. După tot ce s-a întîmplat, era foarte necăjit. Era un om cumsecade, un doctor adevărat, nu ca alții, un vînzător de reclame... Am avut încredere în el fiindcă simțeam că orice moment de amînare ar putea costa viața lui Harold.

Doamna Glimp era tulburată și mînioasă. Înainte de operație, soțul ei fusese echilibrat, imperturbabil, întotdeauna optimist. Acum era melancolic și plîngea cu ușurință.

Dar ce mai așteptau acești oameni de la mine? Răul fusese făcut. N-aș mai fi putut să-i repar creierul lezat, nici să-i cîrpesc mușchiul deteriorat al inimii. I-am întrebat de ce nu au cerut o a doua opinie *înainte* de operație? Amîndoi m-au privit, surprinși de ceea ce ar fi putut părea o întrebare idioată.

– Era o problemă de viață și de moarte. Și unde să fi mers pentru o a doua opinie? Avea trei blocaje, iar doctorul a spus că nici nu poate fi mai rău.

Soția era furioasă:

– Cînd arde casa, mai stai să afli o a doua opinie? Chemi pompierii. Asta am crezut noi că facem. Doctorul ne-a asigurat că mușchiul inimii lui Harold era în formă și că o să treacă ușor prin operație.

Mușchiul inimii domnului Glimp funcționa normal, iar el era asimptomatic. Astfel de pacienți, de obicei, nu au nevoie de operație. O operație se recomandă pentru a preveni moartea subită sau un infarct. Cînd mușchiul inimii este intact, prin bypass al arterelor coronariene nici viața nu se prelungește, nici atacul de inimă nu este înlăturat. Erau de vină cuvintele doctorului, care i-au speriat pe amîndoi, și pe soț, și pe soție, făcîndu-i să accepte orice ar fi propus

Scanned with OKEN Scanner

cardiologul. Cu cîteva excepţii, cînd doctorul spune că o situaţie le ameninţă viaţa, cei mai mulţi pacienţi, independent de cît de mult sau de puţin au încredere în profesiunea de medic, nu se mai gîndesc de două ori înainte de a pune în aplicare sfatul acestuia.

Iată cîteva reguli simple. Mai întîi, cînd un pacient este asimptomatic sau are crize rare de angină, foarte rar este necesară operaţia. În această situaţie, aveţi destul timp să cereţi o a doua opinie. În al doilea rînd, cu cît un doctor foloseşte mai mulţi termeni înspăimîntători şi face prognoze tenebroase în caz că nu se acceptă o intervenţie, cu atît mai puţină credibilitate trebuie acordată sfatului său. Un doctor care flutură imediat vălul de doliu este fie un vînzător de servicii, fie un şarlatan care nu şi-a depăşit dorinţa infantilă de a se juca de-a Dumnezeu. Cînd cereţi o a doua opinie, spuneţi de la început că orice procedură invazivă (operaţie sau test agresiv) va fi realizată în alt spital. Medicul care vă consultă nu trebuie să fie implicat financiar în ceea ce va urma.

* * *

Doctorii şi familiile lor nu sunt nici ei imuni la asaltul unor astfel de formulări. Doctorul S.N., medic psihiatru din Vestul Mijlociu, avea adesea episoade severe de aritmie, cunoscute sub numele de tahicardie ventriculară. Medicul cardiolog i-a spus că acestea i-ar putea fi fatale şi i-a recomandat de urgenţă implantarea unui dispozitiv electric care putea controla ritmul cardiac. Dar procedura era costisitoare şi nescutită de complicaţii, iar doamna N., soţia, care citise despre aceste dispozitive, se opunea vehement. După o convieţuire îndelungată, doctorul N. preţuia ciudata intuiţie a soţiei sale. Pe de altă parte, avea încredere în cardiologul său. De aceea a venit la Boston pentru o a doua opinie.

Scanned with OKEN Scanner

Din relatarea lui am aflat că atacurile erau rare, nu leşina şi nici nu avea ameţeli. Mai curînd avea palpitaţii. În plus, cele trei crize paroxistice le avusese în urmă cu patru sau cu mai mulţi ani. Am identificat factorii care precipitau aceste crize şi ei puteau fi evitaţi cu uşurinţă, deci sfatul meu a fost împotriva implantării dispozitivului. Doctorul era încîntat, dar soţia lui a rămas neîncrezătoare.

Vorbind între patru ochi cu doamna N., ea mi-a spus că fostul lui cardiolog, iritat că nu i-a urmat sfatul, a întrebat-o:

– Dacă într-o zi te-ai trezi de dimineaţă, iar soţul tău ar zăcea mort lîngă tine, ai mai putea trăi ştiind că acel dispozitiv i-ar fi putut salva viaţa?

Se întreba de ce doctorul ar fi spus aşa ceva dacă n-ar fi fost un dram de adevăr în asta. Cum ar fi putut ea să aibă încredere în judecata mea, mai bine zis în relativa putere de prognosticare umană? N-am fost în stare să-i furnizez destule asigurări, iar ea a părăsit cabinetul meu tot îngrijorată.

Conflictele cu alţi medici

Întrucît medicina s-a transformat într-o mare afacere, iar competiţia devine tot mai acerbă cu fiecare zi, nu e ceva neobişnuit să vedem medici sau spitale luptîndu-se unii contra altora în efortul de a recruta pacienţi. A critica un alt medic este o subminare gravă a autorităţii. Doctorii trebuie să fie înţelegători unul faţă de altul. Chiar şi un medic excepţional poate comite erori însemnate. Mai mult, a asculta relatarea unui pacient asupra greşelilor unui coleg reprezintă doar un aspect. Mulţi oameni susţin, pe bună dreptate de altfel, că medicii se protejează reciproc de prea mult timp şi că rareori

Scanned with OKEN Scanner

suflă în fluier, chiar dacă sunt conştienţi de greşelile, de vanitatea sau de corupţia colegilor lor. Acest tip de comportament mustrător nu trebuie condamnat, deşi trebuie să ne ferim să judecăm pe cineva înainte de a afla ambele feţe ale poveştii.

Mult prea des aud cum unii medici îşi vorbesc de rău colegii doar pentru că nu sunt de acord cu felul lor de a aborda problemele medicale. Cînd aude cum un doctor îşi discreditează un coleg, un pacient poate să-şi piardă speranţa. Dar acest lucru poate fi şi bumerangul ce subminează încrederea atît în medicul ce ponegreşte, cît şi în această profesie care, mai mult decît altele, are nevoie de încredere pentru a fi eficace. La urma urmei, subminează capacitatea doctorului de a vindeca.

O serie de pacienţi mi-au relatat că medicii lor reacţionează ostil la dorinţa lor de a avea şi o a doua opinie. Un cardiolog din New York spunea: „Nu ai nevoie de o a doua opinie. Te voi trimite la el, dar există şi moduri mai bune de a-ţi cheltui banii. De ce nu contribui la un act de caritate?“

Odată am primit un telefon din Philadelphia, de la un pacient panicat pe care îl văzusem cu trei luni înainte. Pe vremea aceea, avea o problemă cu inima, iar situaţia nu se ameliora. I-am schimbat tratamentul, i-am adăugat un nou medicament şi a fost capabil să se întoarcă la muncă şi timp de trei luni, să ducă o viaţă normală.

– Ce s-a întîmplat? l-am întrebat, cumva jenat.

– Nu s-a schimbat nimic. Mă simţeam foarte bine pînă cînd l-am văzut astăzi pe cardiologul meu. O să repet exact vorbele lui: „Sînt surprins că Lown ţi-a dat acest medicament care e o otravă pentru tine. În curînd s-ar putea să se ivească nişte complicaţii“.

Deşi noul program medical acţiona bine, pacientul s-a demoralizat şi a fost nevoie să treacă o bună perioadă pînă ce i-am recîştigat încrederea.

Scanned with OKEN Scanner

Permanența durerii

Doctorii nu recunosc în general puterea cuvintelor în provocarea durerilor şi în menținerea bolii. Pe cînd lucram la Şcoala de medicină Hopkins, era la facultate un psihofiziolog ieşit din comun, dr. Horsley Gantt, singurul student american al marelui fiziolog rus Pavlov. Gantt condiționase cîini astfel încît pulsul lor să se accelereze, iar tensiunea lor să crească prin administrarea unui mic şoc electric într-un membru inferior, imediat după sunetul unui clopoțel. După ce a repetat de cîteva ori experimentul, sunetul clopoțelului făcea să crească ritmul inimii şi tensiunea cîinilor, chiar dacă şocul electric nu mai era aplicat. Acest răspuns cardiovascular la clopoțel nu s-a atenuat cu trecerea vremii. După multe luni, ritmul inimii şi tensiunea creşteau ori de cîte ori suna clopoțelul.

În general, răspunsul la un stimul nedureros scade cu timpul, apoi se stinge complet dacă nu e reîmprospătat. Potrivit lui Gantt însă, stimulul dăunător inimii poate conduce permanent la acelaşi răspuns. El a sugerat că inima a acumulat o memorie care nu s-a şters cu timpul şi a numit acest fenomen „schizokinezis", condiție pe care am întîlnit-o la mulți pacienți.

Astfel de răspunsuri reflexe devin permanente în sistemul nervos. Spre deosebire de evenimentele neutre, care dispar fără să lase urme, experiențele înfricoşătoare, amenințătoare, dureroase par să fie bine întipărite în creier, aproape ca printr-un program genetic. Din nefericire, amintirile plăcute dispar, în timp ce amintirile dureroase rămîn. Într-o istorie de milioane de ani, durerea a fost un învățător important, avertizînd asupra pericolelor. Răspunsul neurofiziologic la durere persistă fiindcă ajută la supraviețuire. Poate că pentru oamenii contemporani el nu mai are o funcție de adaptare, deşi e indiscutabil că nu şi-a pierdut funcția de educare. Totuşi, amintirea durerii poate distorsiona răspunsurile

Scanned with OKEN Scanner

fiziologice normale şi poate deveni o sursă de fixaţii morbide, care pot submina sănătatea.

* * *

După o lungă absenţă, doamna Z. s-a întors la clinică pentru un nou control. Era drăguţă. Avea părul blond închis şi ochi albaştri, strălucitori. Pielea ei avea o paloare translucidă, ca a picturilor medievale ale Madonei. La patruzeci şi şase de ani părea încă o copilă dulce şi jucăuşă, poate din cauza anilor în care fusese profesoară. Cu cîţiva ani în urmă, doctorul ei descoperise că avea frecvente extrasistole ventriculare şi i-a spus că, datorită prolapsului de valvă mitrală, ar putea muri subit în orice moment. Înspăimîntată, a acceptat să ia tot felul de medicamente, dar nu a tolerat nici unul.

Cînd am văzut-o prima oară, doamna Z. părea interiorizată, răspunzînd la întrebări ca trezită dintr-un somn adînc. Tremura şi era destul de incoerentă. Pe atunci lua două medicamente care îi produceau stări de letargie, slăbiciune, ameţeli, dureri de stomac şi insomnie. Deşi îi făceau rău, era prea speriată pentru a întrerupe medicaţia.

O examinare atentă a scos la iveală o inimă complet normală, cu excepţia micului prolaps de valvă mitrală, de altfel inofensiv. Bătăile ei „săltăreţe"de inimă fuseseră ignorate şi uitate. Am oprit toate medicamentele şi am sfătuit-o să ducă o viaţă normală şi să se întoarcă în învăţămînt. S-a trezit din coşmar. La vizitele anuale, personalitatea ei era complet transformată. Era plină de voioşie şi rîdea cu uşurinţă.

Cinci ani mai tîrziu, doamna Z. a fost văzută mai întîi de asistentul meu în cardiologie, care a descris-o ca fiind complet vindecată. Intrînd în salon cu asistentul ca să o examinez, am observat că citea o carte despre predarea literaturii engleze în liceu. Am vorbit cîteva minute despre dificultatea de a preda în condiţiile în care cei mai tineri consideră lectura ca pe un

Scanned with OKEN Scanner

obicei depăşit. Continuînd să mă gîndesc la acest subiect, am făcut un comentariu fără să reflectez:

– Aveţi, desigur, probleme…

Ea s-a ridicat, cu teama înscrisă pe faţa ei simpatică, gîtul i s-a înroşit şi tremura ca atunci cînd o văzusem prima dată.

– Ce vreţi să spuneţi, doctore?

Era mai mult o rugă disperată, decît o întrebare. Într-o clipă, această femeie calmă fusese transfigurată de frică.

În astfel de cazuri am observat că e mai bine să ne adresăm unui coleg de breaslă, decît să oferim cuvinte de asigurare direct pacientului. M-am întors deci către colegul meu, ignorînd-o complet şi comentînd cele întîmplate:

– Mă refeream la problemele pe care le au profesorii de engleză în această ţară, iar această doamnă a crezut că mă refer la inima ei. Credeam că am convins-o că nu e nimic în neregulă cu inima ei, dar se vede că o rană o dată pricinuită continuă să trăiască precum un tăciune în spuză: orice suflare o poate aprinde într-o clipă.

– O, mulţumesc lui Dumnezeu, mă întrerupse ea. Sunt atît de uşurată! Am crezut că vorbeaţi despre inima mea.

De ce folosesc medicii astfel de cuvinte

De ce zugrăvesc medicii scenarii înfricoşătoare pentru pacienţii lor? Psihologia elementară ne învaţă că frica nu este potrivită pentru a motiva o comportare constructivă. În loc să mobilizeze resursele interioare ale pacientului, astfel de vorbe risipesc speranţa. Cînd frica predomină, oamenii nu iau decizii bune. Mai mult chiar, emoţiile intens negative agravează simptomele, afectînd vindecarea şi micşorînd şansele unui pacient. Boala umileşte şi corodează sensul eului, făcîndu-l pe pacient foarte vulnerabil la cuvintele unui doctor de care depind vindecarea şi viaţa sa.

Scanned with OKEN Scanner

Nu ştiu de ce medicii recurg la astfel de stimulări negative. Cert este că, prevestirea Judecăţii de Apoi pare să fie impregnată în esenţa culturii noastre. Vremea este anunţată pe un ton bombastic, provocînd îngrijorare, iar presupunerea că, pentru a fi auzit, cineva trebuie să se manifeste strident a pătruns şi în prognosticarea medicală, ca şi în prognozarea vremii. Scenariul unui diagnostic trist e prezentat în credinţa că adevărul nu trebuie pătat cu echivocuri. Doctorii, după cum spunea Reinhold Niebuhr, au intenţii bune, dar fac rău şi justifică acest lucru prin bunele intenţii.

O altă explicaţie posibilă ar fi că, în era litigiilor, doctorii se simt constrînşi de imperative legale să spună pacientului adevărul gol-goluţ. Confruntaţi cu oameni necunoscuţi care pot intenta procese pentru malpraxis, mulţi doctori sunt convinşi că prezentînd cazul în culori sumbre, se apără de viitoare învinuiri. De fapt, o asemenea tratare cu sînge rece seamănă semineţele viitoarelor litigii (v. cap. 10). Cînd un medic nu atenuează o predicţie sumbră prin cuvinte amabile, pacientul presupune că este lipsit de compasiune. Astfel, doctorul rupe o relaţie care, pentru a fi eficientă, are nevoie de respect şi de încredere. Iar absenţa încrederii pavează drumul spre litigiu.

Cum să recomande medicul o cale care implică disconfort şi risc? Orice problemă, după cum subliniază Norman Cousins, poate fi prezentată fie ca o provocare ce reclamă soluţii, fie ca o sentinţă la moarte. De ce să o alegem pe ultima?

Denaturarea valorilor umane începe în şcoala de medicină. După părerea mea, este o gravă eroare să începem studiul medicinei cu disecarea cadavrelor la ora de anatomie. Pentru a-şi depăşi frica, unii preferă să vadă respingătorul corp conservat în formaldehidă ca pe un obiect neînsufleţit, uitînd că el a fost odată o fiinţă umană. Acesta e începutul unei îndoctrinări intensive care ţinteşte să conducă la însuşirea unei competenţe ştiinţifice, dedicînd prea puţin timp sau efort

Scanned with OKEN Scanner

dezvoltării aptitudinii de a comunica. Tînărul medic nu e deci nici interesat, nici pregătit în arta ascultării. Mai tîrziu, puternici factori economici reduc disponibilitatea medicului de a asculta. Prezentarea unui scenariu necruțător întăreşte autoritatea şi evită explicațiile care iau mult timp.

Cred că mai există şi un factor adițional. Medicii sunt rareori siguri de ei. Cînd se confruntă cu posibilitatea unei intervenții majore, e normal ca pacientul să caute şi alte opțiuni. Întrebările iscoditoare pot dezvălui cît de puține lucruri cunoaşte medicina despre prognostic. Bazîndu-se pe studii epidemiologice care definesc probabilitățile pentru un grup mai larg, un medic bine pregătit poate oferi predicții precise pentru evenimente pe termen mai scurt sau mai lung, la o scară mai mare. Pacientul nu este însă statistician şi îi pasă prea puțin de ceea ce se întîmplă în general, dorind să fie sigur de ce îl aşteaptă pe el. Doctorul învață repede că frazele dogmatice şi formulările sumbre limitează întrebările; de fapt, le pot suprima cu totul.

Predicțiile sumbre pot fi şi o formă de negociere. Utilizarea tehnologiilor mamut, unele de un merit îndoielnic, trebuie acceptată de către consumator. Cînd îi este frică pentru viață, rezistența pacientului la negocieri se topeşte, transformîndu-l într-un client supus.

Ceea ce spun ar mînia pe mulți doctori care afirmă că ei nu practică chirurgia, nici procedurile invazive, extrem de profitabile, şi nici nu împart onorariile. Ei au, desigur, dreptate. Neliniştitor este faptul că numeroşi doctori nu sunt conştienți că s-au transformat în comercianți docili de tehnologie medicală. În şcolile de medicină, doctorii au început să fie pregătiți să flirteze cu tehnologia. Practica medicală a demonstrat că metoda cea mai eficientă de a ajuta un pacient este ascultarea, înțelegerea, începută prin istoricul bolii şi ghidată apoi de acesta. Istoricul bolii a devenit neglijabil de cînd pacientul se mişcă de colo-colo, de la un

Scanned with OKEN Scanner

specialist la altul, şi este supus unei întregi game de proceduri. Acest tip de practică medicală este în prezent universal acceptat ca avînd cel mai înalt standard ştiinţific şi moral.

Un spital în care medicii îşi însuşesc în mare parte cunoştinţele practice şi îşi formează deprinderile medicale este plin în zilele noastre de tehnologie şi de expertize. Am avut în nenumărate rînduri dispute cu personalul spitalului, care voia să-mi externeze prematur pacienţii. De cîte ori protestam, primeam acelaşi răspuns din partea unui intern sau a unui rezident: de ce să ocupăm un pat care poate fi necesar altcuiva, dacă persoana respectivă a făcut toate testele şi nu are nevoie de intervenţie chirurgicală? Conta mai puţin dacă o situaţie clinică rămînea nedefinită, dacă un program de îngrijire prelungită nu era continuat sau dacă un pacient fără familie era nevoit, din nefericire, să se îngrijească singur.

Un alt factor după care se conduce medicina este credinţa – comună medicului şi pacientului – că dacă ceva s-a stricat, trebuie reparat. Pacienţii mai vîrstnici prezintă adesea numeroase simptome pe care le-ar suporta mai uşor dacă ar fi asiguraţi că nu sunt dăunătoare. Diverse dureri, oboseala, uitarea sau insomnia fac parte din viaţă. Goana de a diagnostica incurabilul, de a trata intratabilul, de a prognostica imprevizibilul nu este doar o formă de *hybris*, de vină, dar şi deschiderea unei cutii a Pandorei care poate avea consecinţe periculoase. Ce putem spune despre riscul de a neglija un semn sau un simptom care poate fi manifestarea iniţială a unei boli fatale? Cineva poate spune că aşa-numita explorare în vederea diagnosticării este un preţ mic plătit pentru investigarea unei boli care ameninţă viaţa, dar care ar putea fi tratabilă. Răspunsul e simplu. În majoritatea covîrşitoare a cazurilor, un istoric al bolii făcut cu grijă şi un examen fizic complet îl pot încredinţa pe doctor că nu se va întîmpla nimic grav. Majoritatea bolilor nu sunt fatale, iar timpul reprezintă un test care spune dacă un anume simptom necesită investigaţie ulterioară.

Scanned with OKEN Scanner

Există însă şi alţi factori. Doctorii sunt şi ei, ca şi ceilalţi oameni, un produs al culturii tehnologice de consum, iar tendinţa lor de a se baza pe tehnologie este amplificată de dorinţa de a transforma diagnosticul în trofeu de vînătoare. În acest tip de joc acumulează puncte medicul care suspectează corect cine ştie ce boală. Pentru a cîştiga jocul, trebuie să-i supună pe pacienţi unei multitudini de teste şi proceduri. Şcolile de medicină şi spitalele sunt pline de doctori aflaţi în competiţie pentru a urca pe treptele academice, lucru care necesită publicarea de lucrări. Iar acceptarea unui articol în revistele medicale de vîrf necesită informaţii extinse. Cum altfel să acumulezi informaţii decît transformînd pacienţii în cobai involuntari, supunîndu-i la multiple sîngerări şi probe? Doctorul în formare incorporează aceste practici în standardele de aur care definesc medicina ştiinţifică.

Mă întorc la un fapt fundamental. Oricare ar fi motivaţia seturilor extinse de investigaţii şi a procedurilor invazive, lăcomia sau setea de cunoaştere, limbajul strident asigură supunerea pacientului. Deşi un pacient are un profit foarte mic din toată această agitaţie, retorica doctorului trebuie să fie convingătoare, iar nimic nu e mai convingător decît insinuarea că viaţa şi sănătatea pacientului depind de rezultatul studiilor şi procedurilor propuse. Chiar şi cel mai inteligent şi mai sceptic pacient cedează bucuros unui argument atît de convingător.

Pacienţii sunt adesea complici voluntari la efortul unui doctor de a contribui la un atît de uriaş complex medical-industrial. Plini de speranţă, ei se predau de bunăvoie testelor nesfîrşite de laborator şi mulţimii de specialişti. De multe ori, chiar membrii familiei pacientului insistă ca nimic suspect să nu rămînă necercetat şi să fie făcut tot ce e posibil pentru un tratament eficient. În timp ce pacienţii se plîng de distanţa doctorului, de limbajul aspru şi înspăimîntător,

Scanned with OKEN Scanner

această aparentă lipsă de umanitate este privită ca un preț inevitabil pentru medicina științifică.

De multe ori sunt dezamăgit după ce petrec timp îndelungat ca să obțin un istoric detaliat al bolii care să-mi spună precis ce se petrece, iar pacientul nu pare deloc impresionat. Dar cînd îl duc în laborator, unde într-un colț se află vechiul fluoroscop-mamut pentru mărirea imaginilor, cu un panou de monitorizare demn de un aerodrom, ei bine, atunci pacientul este impresionat şi pot să-mi imaginez că gîndeşte: „Ce bine că mă aflu aici, într-un cabinet cu cele mai moderne realizări"... sau: „Vei folosi pentru mine această minunată maşină?" Credința copilărească în magia tehnologiei este unul din motivele pentru care publicul american a tolerat tratamentul medical inuman.

Oricare ar fi explicația, nu există nici o justificare pentru asaltarea pacienților cu un limbaj care îi întimidează şi îi face neputincioşi. Un pacient nu trebuie constrîns să facă alegeri dificile. Dacă există un parteneriat în medicină, atunci partenerul principal trebuie să fie pacientul, care nu trebuie deturnat de la propria decizie.

Scanned with OKEN Scanner

6

Cuvinte care vindecă

Deşi cuvintele unui doctor pot răni, cel mai adesea ele pot vindeca. Procesul de vindecare cere mai mult decît ştiinţă. Pacientul trebuie să fie optimist şi să aibă încredere în medic*. Puţine remedii sunt mai puternice decît un cuvînt bine ales. Pacienţii imploră stăruitor atenţie din partea medicului, iar această atenţie se manifestă în special prin intermediul cuvintelor. Cuvintele, care pot avea efect terapeutic, sunt adesea subevaluate. Practica medicală ne aminteşte însă constant de puterea lor vindecătoare.

Încerc să descopăr o rază de lumină pînă şi în cea mai sumbră situaţie. Acest lucru nu prea are de-a face cu adevărul sau falsitatea, ci izvorăşte din intenţia profundă a doctorului de a-l ajuta pe pacient să facă faţă unei situaţii fără speranţă şi să se refacă, oricînd există o cît de mică posibilitate.

Într-un fel vorbesc cu pacienţii cu probleme cardiace şi altfel cu pacienţii sănătoşi. Cînd am terminat examinarea unui pacient cu o semnificativă afecţiune a arterei coronariene, îl chem, împreună cu soţia, în cabinetul meu pentru a discuta în detaliu rezultatele. Subliniez explicit posibilele complicaţii şi urmări ale bolii arterei coronariene, inclusiv posibilitatea morţii subite. Pentru mulţi doctori, subiectul este tabu. Totuşi, nu-mi pot imagina că un pacient

---

* Aici autorul foloseşte termenul „ministration" – ca „slujire" sacră *(n. trad.)*.

Scanned with OKEN Scanner

inteligent este inconştient de această posibilitate. Chiar dacă doctorul nu vorbeşte despre asta, pacientul se va gîndi cu tristeţe la această cumplită ameninţare. Adesea, fiecare dintre noi se trezeşte ca dintr-un somn adînc, copleşit de teamă, contemplînd vreun simptom ca prevestitor de cancer sau de altă boală fatală. Pentru pacientul cu probleme cardiace, chiar şi cel mai neînsemnat simptom, în special în toiul nopţii, poate fi privit ca o prezicere a unei morţi subite. Spaima şi neajutorarea sunt sporite de faptul că această teamă morbidă nu poate fi împărtăşită cu familia sau cu prietenii.

Cînd vorbesc despre moarte, se lasă o linişte adîncă, pacientul şi soţia lui arătînd de parcă ar dori să fie oriunde în altă parte. Rareori pun întrebări. Dar după ce detaliez ameninţarea, închei prin ceva de genul: „Am menţionat această problemă deşi nu există absolut nici o posibilitate ca dumneavoastră să muriţi subit în următorii cîţiva ani. Această concluzie se bazează pe examinarea prezentă. N-am avut niciodată vreun pacient care să moară subit cînd nu are aşa, cum nici dumneavoastră nu aveţi, neregularităţi în bătăile inimii, monitorizate timp de douăzeci şi patru de ore, cînd are o contracţie normală a ventriculului stîng şi cînd e capabil să exerseze pe bicicleta fixă mai mult de nouă minute fără să i se ridice tensiunea sau să i se accelereze ritmul inimii. Pe aceste fapte se bazează prognosticul bun pe care vi-l dau".

Cînd nu pot da asigurări categorice, atunci nu ridic problema morţii subite.

Cînd pacientul căruia i-am vorbit despre moartea subită iese din cabinet, este deja liniştit. Aveam o tînără secretară foarte inteligentă care, după plecarea unui astfel de pacient, a izbucnit:

– Doctore Lown, le daţi iarbă pacienţilor dumneavoastră?

– Ce? am exclamat eu mirat.

– Iarbă, ştiţi, marijuana ... a explicat ea.

Luat prin surprindere, am întrebat-o de ce a pus o astfel de întrebare ciudată.

Scanned with OKEN Scanner

– Fiindcă ies din cabinetul dumneavoastră uimiți și fericiți, parcă plutind. Iar cînd nu sunt din oraș, întreabă de numele celui mai bun restaurant din Boston, fiindcă vor să sărbătorească.

Mă întreb adesea care este sursa optimismului meu clinic. Vine probabil de la marele meu profesor, dr. Samuel A. Levine, care mi-a rămas un model de-a lungul vieții. Era un diagnostician excepțional, iar aptitudinile sale în gestionarea cazurilor foarte grave erau încă și mai prodigioase. El aducea lîngă patul bolnavului încrederea și un optimism incorigibil, deși întotdeauna avea o bază de evaluare realistă. Levine sublinia importanța unei griji constructive față de pacient. „Cînd un medic oferă un prognostic sumbru, spunea el, sau, și mai rău, cînd spune că pacientul va muri, dar se înșală în calculul lui, întreaga profesiune medicală are de suferit. În general, e mai bine să lase ușa puțin întredeschisă, chiar și în cele mai sumbre circumstanțe."

O serie de teorii propuse de Levine s-au dovedit între timp eronate, multe din medicamentele prescrise de el au dispărut acum și au fost înlocuite de altele mult mai eficiente. Totuși, atenția acordată pacientului, așa cum propovăduia el, este mult mai importantă acum, în era tehnologiei impersonale. L-am auzit adesea pe Levine spunînd că epoca de aur a medicinei apune, iar grija pentru pacient avea să fie înlocuită de preocuparea pentru boală.

Imediat ce se apropia de un pacient, optimismul lui răzbătea din fiecare cuvînt. Cînd SAL, cum îl numeam noi, încheia consultația și se pregătea să plece de lîngă bolnav, își punea cu blîndețe mîna pe umărul acestuia și îi spunea liniștit: „Ai să te faci bine".

Cînd Levine însuși s-a îmbolnăvit și a ajuns în fază terminală, am moștenit o parte din pacienții lui. Unul dintre ei era A.B., pe care l-am îngrijit mai bine de treizeci de ani. Într-o vizită pe care mi-a făcut-o cu cîtva timp în urmă, și-a amintit cum a fost internat, în 1960, la Spitalul Peter Brigham

Scanned with OKEN Scanner

în stare critică şi cu febră ridicată. Levine l-a diagnosticat cu endocardită subacută bacteriană, o infecţie potenţial letală la o valvă defectă a inimii. Înainte de epoca antibioticelor, aceasta era aproape 100% fatală şi chiar şi în prezent este o boală gravă. „Levine mi-a spus, relata el: «Ai o boală serioasă, dar nu trebuie să te îngrijorezi. Ştiu ce e în neregulă cu tine. Ştiu cum să te tratez şi cum să te fac bine. Te vei vindeca total». În ciuda faptului că am fost foarte bolnav, nu mi-am făcut griji şi, iată, încă sunt viu".

Dar oricît de multe am învăţat de la Levine, cei mai buni profesori ai mei au fost pacienţii, care mi-au îmbogăţit experienţa clinică, care mi-au demonstrat importanţa cuvintelor doctorului şi mi-au arătat că, adesea, un simplu cuvînt este o sursă de încurajare şi de speranţă. Prima oară cînd am devenit conştient de puterea extraordinară a cuvintelor nu ştiam ce s-a întîmplaat, pînă cînd un pacient nu mi-a confirmat. Chiar dacă am întrebuinţat un cuvînt cu un sens diferit, faptul că pacientul a înţeles altceva decît ceea ce am spus s-a dovedit decisiv. Avea legătură cu bătaia inimii numită „galop".

Un galop sănătos

Pacientul, un bărbat de şaizeci şi trei de ani, arăta foarte bolnav. La două săptămîni după un atac de inimă, se afla încă în recuperare cardiacă intensivă. Suferise un atac puternic, în urma căruia apăruseră aproape toate complicaţiile trecute în manual. Acum, aproape jumătate din muşchiul inimii era distrus. Avea insuficienţă cardiacă congestivă. Din cauza contracţiei inadecvate a ventriculului drept, sîngele venea înapoi şi îi congestiona plămînii, de aceea şi respira foarte greu. În acelaşi timp, avea tensiunea scăzută datorită pompării inadecvate a sîngelui în circulaţie, iar şezînd, avea ameţeli şi leşinuri. Slab şi fără suflare, nu

Scanned with OKEN Scanner

avea nici energia să mănînce. Şi mai rău, nu avea nici poftă de mîncare, chiar şi mirosul mîncării provocîndu-i greaţă. Lipsa de oxigen îl făcea neliniştit şi îi întrerupea somnul. Sfîrşitul părea să fie aproape. Palid, cu buzele învineţite din cauza lipsei de oxigen din sînge, gîfîia periodic, căutînd aer, ca şi cum s-ar fi înecat.

În fiecare dimineaţă, la vizită, intram cu echipa în acel salon ca un alai sumbru de ciocli. Epuizaserăm toate platitudinile pe care le cunoşteam şi eram convinşi că orice încurajare i-ar insulta inteligenţa şi i-ar ascunde adevărul. Am încercat să scurtăm rondul, ca să nu trebuiască să-i înfruntăm prea îndelung privirea întrebătoare. Cu fiecare zi, situaţia se deteriora. După ce m-am consultat cu familia lui, am scris pe fişă recomandarea: „nu resuscitaţi".

Într-o dimineaţă, el arăta mai bine, afirma că se simte mai bine şi, într-adevăr, semnele vitale se îmbunătăţiseră. Nu ştiam de ce şi încă nu eram convins că va supravieţui. Prognosticul era sumbru, în ciuda ameliorării temporare a stării lui. Crezînd că o schimbare de mediu ar fi mai puţin stresantă pentru el şi i-ar permite măcar să doarmă, l-am mutat într-un salon la un etaj inferior. După o săptămînă era externat şi apoi i-am pierdut urma.

Şase luni mai tîrziu a apărut la cabinetul meu, într-o formă remarcabilă. Deşi inima îi fusese grav afectată, nu mai avea congestie şi nici alte simptome. Neîncrezător am exclamat:

– Un miracol! Un miracol!

– Pe naiba, nu-i nici un miracol, a răspuns el.

Luat prin surprindere de încredinţarea lui că intervenţia divină nu avea nici un amestec în această vindecare miraculoasă, l-am întrebat, cu un aer neghiob:

– Ce vreţi să spuneţi ?

– Ştiu exact momentul cînd acest aşa-zis miracol s-a petrecut, răspunse el fără ezitare.

Mi-a spus că fusese conştient că ne aflam la capătul

Scanned with OKEN Scanner

încercărilor noastre şovăielnice şi confuze, neştiind ce să mai facem pentru el. În timp ce el se simţea rău, noi îl convingeam treptat că era pe moarte, iar el era politicos. Se gîndea că noi am renunţat la speranţă şi că pînă aici i-a fost. Apoi a spus cu emfază :

– Dar joi dimineaţă, pe 25 aprilie, aţi intrat în salon cu echipa, aţi înconjurat patul şi m-aţi privit ca şi cum eram deja în coşciug. Aţi pus stetoscopul pe pieptul meu şi aţi îndemnat pe fiecare să asculte galopul intens viguros. Mi-am închipuit că dacă inima mea era încă în stare de un galop „sănătos", nu puteam fi pe moarte, aşa că m-am făcut bine. Vezi, doctore, n-a fost nici un miracol. A fost spiritul care a învins materia...

Pacientul nu ştia că în limbajul nostru galopul era semn rău, un sunet generat de ventriculul stîng congestionat, care încerca fără rezultat să pompeze sîngele. Un galop „sănătos" era un oximoron...

Cea mai remarcabilă realizare a mea fusese un pur accident, ca şi un act de bravadă pretenţioasă. Am început destul de inocent, asistînd un muribund de vîrstă mijlocie, dar am sfîrşit prin a poza într-un zeu ipocrit.

Cea mai fericită zi din viaţa mea

Cu o şuviţă de păr alb deasupra feţei oacheşe de italian, ţintuit la pat, arăta ca un leu domesticit, gata să scoată un răget. Totuşi, Toni era liniştit, iar cînd vorbea, o făcea monosilabic. Ochii lui căprui, mari, frumoşi şi trişti şi pleoapele coborîte trădau pasiuni trecute şi romantice, dar acum îşi aştepta moartea. Inima lui era grav afectată de o boală a arterei coronariene. Doar porumbeii îl făceau să iasă din starea de toropeală. El îi creştea, îi trimitea în curse, îi iubea, iar cînd vorbea despre ei se însufleţea şi spunea că una din păsările lui a zburat opt sute de mile...

Scanned with OKEN Scanner

Era internat în secția mea cu diagnosticul de cardiomiopatie, o boală severă a mușchiului inimii. Acum avansase la o congestie a inimii ce cuprindea ambele camere care pompau sîngele, ventriculele stîng și drept. Nu putea fi încurajat. Dormea mult, ceea ce era o binecuvîntare, dar somnul lui nu era odihnitor și se trezea chiar mai obosit decît atunci cînd se culcase. Avea intervale lungi de apnee*, întrerupte de accese de respirație stertoroasă, în care trăgea aer în plămîni ca și cum s-ar fi înecat. Aceste perioade în care se oprea respirația erau descurajante. Fiecare părea să anunțe sfîrșitul.

O femeie tînără și frumoasă – fiica lui, am presupus – stătea lîngă patul lui zi și noapte. Era deja acolo cînd începeam vizita, la opt dimineața, dar și cînd treceam pe acolo, seara tîrziu, o găseam învîrtindu-se în jurul lui, încercînd să-l facă să se simtă confortabil. Rareori am văzut atîta devoțiune filială. Părea să aibă vreo douăzeci și cinci de ani, echilibrată și, ca și Toni, tăcută. Deși urmărea totul cu grijă, rareori se adresa doctorilor sau infirmierelor, concentrîndu-se să anticipeze orice nevoie a lui Toni – să-i dea o înghițitură de apă sau să-l ajute să urineze.

Era una dintre acele femei atît de atrăgătoare – s-o bei într-un pahar cu apă, cum se spune – și-i tot aruncam priviri furișe ca să mă asigur de realitatea ei diafană. Îmi era greu să mă concentrez asupra bolii și a morții iminente în prezența unei tinereți atît de pline de viață. Era mereu acolo, foarte tăcută, încercînd să treacă neobservată, uneori plîngînd liniștit, ascunzîndu-și marea afecțiune pentru acest muribund.

Într-o zi i-am spus lui Toni:

– Sunteți norocos că aveți o fiică atît de devotată; nu vă părăsește nici o clipă.

– Nu e fiica mea, doctore, e amanta mea, răspunse el deschis.

---

* Oprire temporală, voluntară sau involuntară, a respirației (n.r.).

Scanned with OKEN Scanner

Am fost şocat de o posibilitate care nu-mi trecuse niciodată prin minte. Cîteva zile mai tîrziu l-am tachinat pe Toni:

– Ar trebui să vă căsătoriţi cu ea.

El m-a privit ironic, dar şi visător:

– Nu, doctore, nu vreau să las o văduvă imediat după nuntă.

– Dar cine spune că o veţi lăsa văduvă ?

– Bine, doctore, sunt gata să fac un tîrg. Lisa vrea să se mărite, iar dacă tu îmi garantezi că voi mai fi în viaţă peste vreo cinci ani, sunt gata să-ţi urmez sfatul.

Aşa că atunci, pe loc, am întocmit o declaraţie prin care garantam, fără echivoc, că Toni va mai trăi încă cinci ani. Starea lui s-a îmbunătăţit în următoarele zile şi în curînd, s-a simţit de-ajuns de bine pentru a fi externat. Cîteva zile mai tîrziu am primit o carte poştală de la cuplul aflat în luna de miere.

Nu l-am văzut vreme de cîţiva ani pe Toni şi îmi făceam griji adesea pentru asigurarea impulsivă şi nu prea raţională pe care i-o dădusem. Fusese oare corect să încurajez o căsătorie între o tînără în floarea vieţii şi un bărbat handicapat, netratabil şi muribund?

Într-o zi, Toni şi-a făcut apariţia şi nu arăta prea rău după trecerea celor cîţiva ani.

– Cei cinci ani au trecut, doctore. Am nevoie de un nou contract.

Nu credeam că au trecut atît de repede cinci ani. Dar uitîndu-mă în fişa lui, am văzut că Toni avea dreptate şi era într-adevăr bine. Luna următoare se împlinea termenul de garanţie. Aşa că, încă o dată, am întocmit acelaşi tip de contract. Lisa, mai frumoasă ca oricînd, arăta înfloritoare şi vizibil îndrăgostită.

Încă cinci ani s-au scurs fără să-l văd pe Toni şi am început să mă uit în calendar, aşteptînd, conştient că a zecea aniversare se apropia. Chiar în ziua aceea Toni a apărut,

Scanned with OKEN Scanner

îngrozitor de bolnav, luptîndu-se să respire, plin de edeme, cu abdomenul umflat cît o pernă mare. Dar era liniştit, nu se plîngea, emanînd o calmă demnitate. Mă aşteptam să ceară reînnoirea garanţiei, dar nu a făcut-o. Ceruse imposibilul în trecut, dar era destul de înţelept să nu ceară unui om să înfăptuiască o minune.

L-am internat la Peter Bent Brigham. L-am cîrpit fără prea mari speranţe, i-am redus cîteva edeme, i-am uşurat respiraţia şi l-am pus pe picioare. A mai trăit încă doi ani.

La scurt timp după moartea lui, Lisa a apărut în biroul meu. Avea pe atunci treizeci şi cinci de ani şi atinsese starea de maturizare a perfecţiunii feminine. Voia să-mi vorbească şi a început cu o mare emoţie, dar şi seninătate:

– Doctore, mi-aţi dat cele mai frumoase zile din viaţa mea. Nu mă mai aştept la o asemenea împlinire.

Vorbea corect şi nuanţat cu grijă.

– Ce vei face cu viaţa dumitale? Eşti încă o femeie foarte tînără.

– Vreau să-mi continui educaţia, vreau să merg la colegiu. Vedeţi, cînd Toni m-a cules de pe drumuri, eram o prostituată adolescentă din sud. Părinţii mei m-au abandonat de la paisprezece ani. Cînd l-am întîlnit pe Toni, nu aveam nici o speranţă de viitor. M-a angajat în barul lui, să fac cocktailuri. Toni era încurcat cu o mulţime de femei şi Dumnezeu ştie ce mai învîrtea. El putea fi dur şi meschin, dar faţă de mine s-a purtat ca un gentilom. M-a învăţat mai multe decît aş fi putut învăţa din cărţi. M-a educat să fiu om. Înainte să moară, m-a rugat să vă dau acest plic, să vă fie de folos în cercetările legate de inimă. E o donaţie anonimă.

S-a ridicat brusc şi a ieşit. Plicul conţinea o sută de bilete noi de o sută de dolari. Discuţia a avut loc acum douăzeci şi cinci de ani şi n-am mai văzut-o de atunci.

Acestea sunt departe de experienţele excepţionale ale unor bătrîni evrei şi chinezoaice care, aparent, aveau abilitatea de

Scanned with OKEN Scanner

a-şi amîna moartea în timpul sărbătorilor religioase importante. Astfel de amînări erau scurte, durînd doar cîteva zile, dar sunt convins că lucrul acesta este posibil. Este de conceput chiar că moartea poate fi amînată pentru perioade mult mai lungi. Mulţi pacienţi mi-au spus că fuseseră diagnosticaţi cu o boală fatală, dîndu-li-se doar cîteva luni de trăit, dar s-au refăcut şi au supravieţuit mai mulţi ani. Astfel de vindecări aparent miraculoase sunt confirmate în numeroase temple religioase din întreaga lume.

Credinţa şi optimismul au calităţi dătătoare de viaţă. Hipocrate, părintele medicinei, spunea: „Unii pacienţi, deşi conştienţi că situaţia lor e periculoasă, îşi redobîndesc sănătatea pur şi simplu fiindcă sunt mulţumiţi de doctorul lor". Această însănătoşire se datoreşte încrederii pe care un doctor o întăreşte transmiţînd optimismul său pacientului. Desigur, ridicarea moralului pacientului este decisivă pentru buna îngrijire medicală şi constituie un aspect semnificativ al artei vindecării. Nu am încercat niciodată să înspăimînt un pacient sau să zugrăvesc un scenariu funest. Chiar şi atunci cînd situaţia e gravă, mă concentrez pe semnele încurajatoare, fără a fi însă ipocrit.

La începutul activităţii mele, cînd puneam pacienţii la fluoroscop, plasam o oglindă în faţa ecranului. Pacienţii puteau privi în ea şi îşi puteau vedea bătăile inimii. Soţia mea făcuse un mic paravan care se putea trage în sus sau în jos, descoperind, respectiv, acoperind oglinda. Cînd inima era sănătoasă, ridicam paravanul şi mulţumit, îi arătam imaginea pacientului. Cînd inima avea contracţii slabe, abia vizibile, şi nu puteam spune nimic încurajator, coboram paravanul şi tăceam.

Găsesc că optimismul joacă, de asemenea, un rol decisiv cînd avem de-a face cu un pacient tînăr sau de vîrstă mijlocie, care nu are o boală cardiacă, dar a fost prins în laţul complexului medical-industrial, unde micile deviaţii de la normal au fost exagerate, conducîndu-l la un tratament

Scanned with OKEN Scanner

interminabil. A convinge oamenii că nu suferă de nimic este de multe ori o sarcină ingrată, dacă nu chiar o încercare fără sorți de izbîndă. Pentru unii, ceea ce au de cîştigat de pe urma bolii – cum ar fi stîrnirea simpatiei unei soții indiferente sau absența de la un serviciu care nu le face plăcere – poate depăşi durerea sau handicapul produs de o pretinsă boală. Alții au o teamă morbidă de moarte, iar simplele cuvinte de încurajare nu îi reconfortează. Doctorii care încearcă să-i încurajeze se eschivează adesea cînd pacientul cere un răspuns fără echivoc, anume că totul e în ordine.

Nu trebuie să încurajezi pacienții să revină curînd la vizită cînd nu există nici un semn al unei boli cardiace. La sfîrşitul interviului, cînd pacientul întreabă despre programarea vizitei următoare, eu îi spun:

– Da, aş vrea să vă mai văd peste vreo zece ani.

Pacientul chicoteşte emoționat:

– Chiar aşa, doctore? Credeți că voi mai trăi pînă atunci?

La care eu dau diferite răspunsuri glumețe:

– Trebuie să trăieşti. Fiindcă şi viața mea depinde de plata taxelor tale.

Sau:

– Sunt mai îngrijorat pentru mine, nu ştiu dacă voi mai fi pe-aici. În privința ta însă, nu am nici o îndoială.

De obicei obțin un zîmbet satisfăcut, iar cei cu simțul umorului vor chiar să-şi programeze de pe-acum acea întîlnire. Invariabil, pacientul pleacă fericit şi încurajat.

Pacienții cu afecțiuni minore cardiace stabile, care sunt văzuți de doctorul lor în fiecare lună şi cărora li se fac investigații care nu sunt necesare şi li se administrează medicamente cu eventuale efecte adverse, le sugerez ca următoarea vizită să aibă loc într-o perioadă de la doi la cinci ani. Valoarea acestei tehnici este ilustrată de povestirea unui om care a sunat într-o zi la secretara mea, insistînd că l-am programat pentru ziua de marți din săptămîna următoare.

Scanned with OKEN Scanner

N-am putut să-mi amintesc dacă am făcut o asemenea programare şi nu-mi aminteam nici de pacient.

Cînd secretara l-a întrebat, omul a refuzat să spună ce problemă are, insistînd totuşi că este o urgenţă. Din fericire, aveam o oră liberă în ziua aceea. Cînd a sosit, mi s-a părut cunoscut, dar oricît am încercat, n-am reuşit să-mi amintesc nici un detaliu. Cînd i-am spus că nu-mi amintesc, el a părut surprins şi vexat.

– Nu vă amintiţi? Astăzi se împlinesc exact douăzeci de ani de cînd m-aţi văzut ultima oară.

Tatăl lui, mi-a amintit el, fusese în îngrijirea mea la Spitalul Peter Bent Brigham, în urmă cu două decenii. El însuşi avea pe atunci douăzeci şi trei de ani şi începuse să acuze o durere în piept, convins fiind că simptomele erau identice cu ale tatălui său şi că va avea şi el un infarct. Înspăimîntat că ar putea muri în orice moment, mi-a cerut sfatul. Examinarea a relevat un sistem cardiovascular perfect normal, dar cînd l-am asigurat că nu are nimic la inimă, mi-a cerut să-l primesc din nou peste o lună. Am refuzat, sugerînd, în glumă, să revină peste douăzeci de ani.

– Aţi spus exact peste douăzeci de ani, mi-a amintit el. Pînă acum o lună nu am mai avut nici un simptom cardiac, dar acum am frecvente palpitaţii supărătoare, însoţite de ameţeli.

Copleşit încă o dată de teama unei morţi iminente, el a realizat că timpul fixat pentru reîntîlnire se împlinise la ţanc.

– Am o întîlnire fie cu dumneavoastră, fie cu îngerii, a spus el cu cea mai mare seriozitate.

Un atent istoric al bolii şi examinarea fizică nu au scos la iveală nici o anomalie. Cel mai probabil, simptomele apăruseră datorită vechilor nelinişti. După multe asigurări, i-am sugerat să revină la vizită după... zece ani, explicîndu-i că în timp ce el era la fel de sănătos ca întotdeauna, eu înaintam în vîrstă.

Scanned with OKEN Scanner

În urmă cu cîțiva ani, l-am întrebat pe un medic rus din Siberia care este esența îngrijirii medicale. El a răspuns simplu: „De fiecare dată cînd un medic vede un pacient, acesta se simte mai bine". Era un punct de vedere înțelept, iar din experiența mea, o îmbunătățire a situației este invariabil legată de încurajări. Acum este modern și chiar șic să ne complacem în pesimism sub pretextul unei profunzimi filozofice. Viața omului este privită ca o simplă existență animală, nimic mai mult decît o indiferentă desfășurare a unui ceas biologic deprimant. În ciuda pretențiilor intelectuale, există prea puțină substanță pentru pesimism. Acesta sfîșie relațiile sociale și contribuie la alienare. În loc să-i iasă în întîmpinare, acesta constrînge individul să caute măsura deplină a vieții în granițele strîmte ale eului. În acest proces, viața este degradată, iar promisiunea pentru ziua de mîine este pusă în pericol.

Thomas Mann afirma că ar trebui să ne comportăm ca și cum lumea ar fi fost creată special pentru ființele umane. Optimismul, deși e o emoție subiectivă, devine un factor obiectiv esențial pentru dezlănțuirea energiei de care avem nevoie pentru a ne menține sănătatea. Optimismul este și un imperativ moral kantian, iar pentru medic, al cărui rol este să afirme viața, devine un imperativ medical. Chiar cînd perspectiva pare sumbră, încurajările duc la o stare de bine și dacă nu vindecă întotdeauna.

Scanned with OKEN Scanner

7

Inimi de întuneric, cuvinte de lumină

Un medic care vrea să vindece nu se poate concentra exclusiv pe simptomul principal de care se plînge pacientul sau pe organele bolnave, ci trebuie să fie atent totodată la aspectele stresante ale vieții acestuia. O asemenea abordare îi sugerează pacientului că doctorul este interesat de el ca persoană, nu doar de problema lui. Atunci pacientul acceptă mai uşor să-i împărtăşească problemele intime sau dureroase, iar doctorul poate să stabilească mai uşor o strategie a vindecării. După cum spuneam în capitolul 3, „istoricul bolii nu presupune doar aflarea informațiilor despre boală, ci şi înțelegerea motivelor care tulbură mintea pacientului".

Factorii de stres care pot acționa sunt la fel de numeroşi şi diverşi ca viața însăşi. În general, punctele critice sunt munca şi conflictele de familie. Dacă acestea sunt ignorate, o boală cronică nu poate fi efectiv recunoscută, oricare ar fi localizarea ei anatomică.

În timp ce tratamentul cu medicamente poate fi temporar eficient, un simptom cu totul nou apare într-o parte diferită a corpului. Cursa pentru vindecarea pacientului pare nesfîrşită şi în cele din urmă, frustrantă atît pentru pacient, cît şi pentru doctor. Următoarele patru schițe au un laitmotiv comun, în ciuda diferențelor culturale dintre pacienți: doi indieni – un creştin din Madras şi un hindus din Bombay şi doi evrei ortodocşi – unul din Midwest şi unul din New Jersey. Deşi din lumi deosebite prin educație şi prin valori, problemele lor nu erau prea diferite, iar în fiecare caz boala era rezultatul

Scanned with OKEN Scanner

unui tulburător conflict familial. Un proces de vindecare poate începe prin abordarea dureroaselor neînțelegeri familiale.

Cum să fii un guru

După o absență de două decenii, doamna V. a venit din nou să mă vadă. Era plăpîndă şi brunetă, cu trăsături delicat cizelate şi ochi mari căprui, care trădau o inteligență subjugată şi resemnare. Se mişca uşor; a intrat în cameră parcă plutind, ca şi cum picioarele ei nu atingeau podeaua, ca şi cum sfida gravitația. Un sari indian de culoare închisă înconjura silueta ei copilărească. Ca şi soțul ei, avea probleme cu inima, dar ale ei erau rezultatul unui reumatism acut avut în copilărie. Prezența ei a reaprins tăciunii unor vechi amintiri.

Rajiv V., soțul ei, fusese student la Universitatea din Boston. Vorbea impecabil limba engleză, cu accente dobîndite în sejururi petrecute la Harvard şi la Oxford, şi cu un ritm poetic, amintind de fluiditatea limbii sale materne. La vîrsta de treizeci şi opt de ani fusese internat în secția mea la Spitalul Peter Bent Brigham, în stare critică – suferise un infarct miocardic acut. Am fost uimit de proporțiile atacului la cineva atît de tînăr, mai ales că îi lipseau factorii de risc pentru boala coronariană precoce. De fapt, colesterolul lui era neobişnuit de coborît, ca şi tensiunea de altfel. Nu fumase niciodată, iar în ultimii cîțiva ani făcuse jogging, alergînd trei mile pe zi. Am fost, de asemenea, uimit de acceptarea fatalistă a aproape-tragicului eveniment. Spre deosebire de cei mai mulți pacienți americani, el nu s-a întrebat niciodată de ce i s-a întîmplat aşa ceva, în ciuda inteligenței şi a cunoştințelor sale medicale.

Nici după zece ani, după ce îl cunoscusem mai îndeaproape, tot nu aflasem cauza atacului de inimă care îi amenințase viața. Părinții lui erau sănătoşi, iar el nu era în nici un caz încordat sau agresiv. Avea o personalitate

Scanned with OKEN Scanner

relaxată, de tip B, fără să fie stresat de trecerea timpului şi fără ambiţii nerealizate. De multe ori îl întrebam dacă era vreodată încordat. Răspunsul lui era mereu acelaşi: „Nu, doctore, viaţa mea e total lipsită de stres".

Într-o zi am întrebat-o pe doamna V., în prezenţa lui, dacă soţul ei i-a spus de ce făcuse atacul de inimă. Fără nici un moment de ezitare, ea a răspuns că acesta a fost produs de stres. El a negat prompt. Apoi, după o lungă reflecţie, a comentat: „N-am nici un stres în afară de condamnabilul meu cumnat".

Rajiv arăta stînjenit, ca şi cum regreta ce a spus. Deşi era mereu calm şi cu vorba blîndă, acum se însufleţise, ridicase vocea, iar vorbele curgeau repezi şi sacadate. După cum se părea, cumnatul lui, soţul surorii sale, dorise să vină în Statele Unite, dar avea nevoie de bani pentru a putea imigra. Cumnatul nu avea bani, iar Rajiv a muncit din greu cîţiva ani pentru a-i aduce aici pe ei şi pe copiii lor. A împrumutat de la bancă cinci mii de dolari, pe care i-a dat cumnatului fără dobîndă. „N-am cruţat nici un efort de dragul surorii mele iubite", a explicat el. Rajiv vorbea mai afectuos despre sora lui decît despre soţia lui... Cele două familii locuiau una lîngă alta, iar copiii lor erau legaţi afectiv unii de alţii. Totuşi, relaţia dintre cei doi bărbaţi s-a deteriorat rapid.

În lunga lui mărturisire, Rajiv nu a menţionat numele cumnatului; îi spunea „cumnatul" şi adăuga mereu atributul „blestemat". A reieşit că „blestematul" refuza să restituie banii sau măcar să recunoască împrumutul. Iar spre descurajarea lui, Rajiv a aflat şi că „blestematul cumnat" îi înstrăinase iubirea venerabilei lui mame, care se afla în India, răspîndind despre el zvonuri care o mîniaseră. Cu cîteva săptămîni înainte de atacul de inimă, Rajiv aflase că mama sa îl dezmoştenise. Se zvonise că Rajiv rupsese orice relaţii cu sora sa. El vorbea despre cît de tristă era sora lui, adăugînd

Scanned with OKEN Scanner

că ştia cum se simte, „dar ce putea face biata femeie, măritată cu un şnapan care îi făcuse trei copii drăguţi?“

Ascultînd izbucnirea lui de mînie, m-am gîndit că acesta era factorul critic în atacul de inimă. De altfel, părea posibil, dacă buboiul nu se spărgea, să se producă un alt atac, poate fatal. Rajiv continua să afirme cu tristeţe că cel mai dureros lucru era pierderea iubirii venerabilei sale mame. Spunea acest lucru iar şi iar, cu o voce blîndă şi tristă: „Doctore, cum e posibil ca mama mea să mă renege?“

Stînd acolo, simţind durerea aproape palpabilă, eram complet neputincios. Ce era de făcut? Disperarea lui Rajiv se afla mult în afara specializării mele de cardiolog, dar se afla ea oare şi în afara atribuţiilor mele, ca doctor? Ce ar putea să prescrie medicina? Ce sfat ar putea dezlega acest nod gordian? Am transpirat, cravata mă strîngea, iar şezutul îmi amorţise. Părea o problemă mai presus de puterea mea de înţelegere.

Am început să-i dau sfaturi, cu certitudinea unei revelaţii:

– Trebuie să-ţi inviţi la cină cumnatul cu familia ca şi cum nimic nu s-ar fi întîmplat, i-am sugerat eu.

– Niciodată, niciodată! a exclamat el mînios, înainte să-mi pot termina propoziţia.

Cu faţa congestionată brusc şi clocotind de mînie, a continuat:

– Mai curînd aş muri decît să-l mai văd în casa mea pe acest pungaş josnic. N-o să-mi expun copiii ca, Doamne fereşte, să fie influenţaţi de acest şnapan blestemat. Nu sunt Mahatma*, gata să întorc şi obrazul celălalt. Deşi sunt creştin, nu am de gînd să iert şi să uit.

Torentul de vorbe ţîşnea ca şi cum se rupsese un zăgaz.

Nu eram judecător ca să apreciez ce era corect şi ce era

* Mahatma Ghandi, om politic indian, conducător al luptei de eliberare naţională a Indiei (n.r.).

Scanned with OKEN Scanner

greşit într-un caz complex. În rolul meu de doctor am încercat să fiu convingător :

– Mînia ta şi sentimentul de trădare sunt perfect justificate. A ierta într-un astfel de caz nu este un act religios. Nu-l vei invita pe condamnabilul tău cumnat ca să te umileşti în faţa lui. Dimpotrivă, va fi un foarte puternic act de răzbunare, dar şi un act educativ pentru copii, ca un testament al decenţei tale personale. Vei arăta cine e uman şi cine e sălbatic. Şi o vei salva şi pe sora ta de chinurile ei. Fiindcă, aşa cum ai spus, ea nu e decît o victimă inocentă.

Rajiv deveni brusc atent, aprobîndu-mă tăcut, în timp ce soţia lui şedea ca un Buddha de lemn, fără o umbră de emoţie.

– Poţi să-ţi imaginezi vinovăţia şi consternarea lui cînd o să-l inviţi, cu familia, să petreceţi o seară împreună?

Am continuat cu mare plăcere, simţind cum creşte emoţia lui Rajiv:

– Nu va şti ce să facă. Şi, pentru că o vei invita şi pe sora ta, nu va avea cum să se ascundă faţă de ea. Va fi îngrijorat că pui la cale o stratagemă, dar nu va fi capabil să rezolve enigma. Sora ta îi va aminti tot timpul de purtarea ta, lăsînd cele rele să se spele. Gîndeşte-te la nopţile fără somn pe care le va avea el! Şi nu stabili data întîlnirii prea curînd, las-o peste vreo trei săptămîni, ca să aibă timp să fiarbă în nesiguranţă.

Rajiv, cu faţa îmbujorată, era în mod evident mirat, dar încă nu părea convins. Am continuat:

– Copiii lui vor fi nedumeriţi că îi inviţi la tine cu bunăvoinţă şi afecţiune. Fără îndoială că le-a spus despre tine că eşti un om rău, care a întrerupt legăturile de familie din cauza unor probleme băneşti meschine. sunt sigur de asta. Cu cît îi vei arăta o mai mare prietenie, cu atît îi va fi mai greu să nege obligaţia bănească faţă de tine. Mai curînd sau mai tîrziu, îşi va plăti datoria.

Rajiv asculta încîntat, ştergîndu-şi fruntea asudată, deşi în birou era destul de răcoare. Dar era clar că încă nu era convins.

Scanned with OKEN Scanner

Şi-atunci am jucat cartea cea mare:

– Dacă vei urma sugestiile mele, voi scrie o scrisoare venerabilei tale mame şi îi voi spune că ai avut un atac de inimă din cauza căruia era să mori. Probabil că, vrînd să o scuteşti de îngrijorare, nu i-ai scris niciodată despre asta. Voi accentua în scrisoare că rareori am întîlnit un bărbat atît de devotat mamei sale. O voi ruga să-ţi trimită cuvinte de sprijin ca să te refaci. Şi îi voi vorbi despre caracterul tău nobil şi despre cum te-ai împăcat cu cumnatul tău de dragul surorii tale, fiica ei, pentru pacea inimii sale.

El n-a mai ezitat. S-a înclinat, asemenea unuia din brigadierii lui Kipling gata de luptă.

– Aşa am să fac! Aşa am să fac! a strigat el.

Soţia lui, evident trezită din starea de Buddha în transă, a început să vorbească cu voce scăzută. M-am străduit să aud ce spune.

– Nu sunteţi un doctor, sunteţi un guru.

Cu vreo cincisprezece ani înaintea acestui incident, petrecusem o lună întreagă făcînd vizite la secţia de boli coronariene a Spitalului Brigham cu un tînăr doctor etiopian. În chiar ultima zi a vizitei sale, acesta a izbucnit: „Doctore Lown, sunteţi ca bătrînii noştri vraci etiopieni!" S-a auzit apoi un murmur de dezaprobare printre membrii echipei, iar doctorul etiopian a venit să-şi ceară scuze. L-am asigurat că a fost unul dintre cele mai mari complimente pe care le primisem vreodată. A fi numit guru era un compliment la fel de mare.

S-au scurs şase luni, iar eu aşteptam vizita lui Rajiv cu emoţie. A înfăptuit oare Rajiv planul? O fi acceptat cumnatul lui invitaţia? Îl iertase? Era, în sfîrşit, pace între membrii familiei? După cum am promis, îi scrisesem mamei lui. Avea el veşti de la ea?

Cînd a sosit, Rajiv n-a pomenit nimic despre ultima noastră conversaţie.

Scanned with OKEN Scanner

– Ce face cumnatul tău? l-am întrebat.

– E foarte bine, nu-i băiat rău şi se poartă foarte bine cu sora mea.

– Deci v-aţi împăcat?

– Nu ne-am certat niciodată.

– Dar mama ta ?

– La insistenţele ei, o voi vizita curînd pe venerabila mea mamă, în India.

Fusesem prea exaltat, iar cu această ocazie am descoperit o slăbiciune a caracterului meu. Tonul lui realist, negînd recunoştinţa pe care mi-o datora, m-a tulburat. Totuşi, încă eram profund satisfăcut de ceea ce credeam eu că fusese un act de vindecare. În cele din urmă, totuşi, lucrurile au evoluat tragic. Rajiv a acceptat o slujbă de mare prestigiu în India, deşi avea o poziţie academică în Boston. Noul lui loc de muncă părea să-l fi tîrît într-o tornadă, cu forţe etnice şi politice conflictuale care sfîşiau ţara. I-am amintit că atacul de inimă care îl omorîse aproape fusese provocat de stres psihologic şi l-am sfătuit să nu se ducă în India. Nici n-a vrut să audă, susţinînd că acest post era visul vieţii lui. După numai un an petrecut în India, Rajiv a sucombat ca urmare a unui atac de cord.

* * *

Soţia lui Rajiv s-a întors în Statele Unite, la fiul său. O dată pe an, doamna V. vine la Boston pentru vizita medicală. De fiecare dată, ne reamintim un moment de Rajiv şi de acea vizită profetică de acum treizeci de ani, în care ea m-a uns ca guru.

Mult prea frecvent, psihopatologia familială este atît de profund instalată, încît un tratament e imposibil. Vindecarea, totuşi, nu e niciodată imposibilă. Chiar în cazurile fără speranţă, îngrijirea medicului contribuie la atenuarea mizeriei umane şi face viaţa mai uşoară.

Scanned with OKEN Scanner

Blestemul unei mame

Profesorul B.K. era un adevărat savant hindus la una din şcolile medicale din Boston. Venise în Statele Unite la treizeci şi cinci de ani şi în decurs de şase luni suferise un infarct miocardic acut. Se afla într-o secţie de recuperare coronariană şi încercam să determinăm cauzele atacului de inimă. Citindu-i fişa, mi s-a părut ciudat că a fost internat, deoarece furnicăturile în piept şi în umeri nu sunt un simptom care să vină de la inimă şi, cu siguranţă, nu se datorează anginei. Paturile din secţia coronariană erau ocupate şi, în plus, era sfîrşitul lui mai, iar echipa medicală care făcuse internarea avusese un an greu, de intense experienţe; ei trebuiau să ştie mai bine. Misterul s-a lămurit la întîlnirea mea cu profesorul K. Rareori am întîlnit un om mai speriat. Arăta de parcă ar fi vrut să-şi iasă din piele. Fără îndoială că această panică a făcut ca tînăra echipă a secţiei să suspecteze iminenţa unui eveniment cardiac.

După cîteva întrebări care au stabilit indubitabil că simptomele nu aveau legătură cu inima, l-am întrebat dacă doarme bine. Mi-a spus că a dormit binişor după operaţia reuşită de bypass coronarian suferită cu zece luni în urmă. Noaptea, incapabil să doarmă, părăsea dormitorul şi se uita la televizor pînă cînd, epuizat, adormea pe la două sau trei noaptea. Se trezea din nou pe la şase şi jumătate ca să-şi ducă copiii la şcoală. În unele nopţi nu dormea deloc, zvîrcolindu-se fără încetare, iar de cînd cu operaţia, nu mai avusese deloc relaţii sexuale cu soţia. Privat de somn, abia se tîra de-a lungul zilei. Soţia lui era speriată şi nu ştia încotro s-o apuce. I-am vorbit cu certitudinea absolută a unui părinte care îşi încurajează copilul speriat:

– Durerea dumneavoastră nu provine de la angină! Nu veţi muri nici lent, nici subit. Iar dacă vreţi să vă pedepsiţi singur pentru ceva, nu vă mai întrerupeţi somnul. Faceţi altceva.

Scanned with OKEN Scanner

El m-a privit uimit, ca şi cum i-aş fi citit gîndurile, şi a spus:

– Da, doctore, vă cred.

Restul zilei mi l-am petrecut mirîndu-mă de ce nu poate dormi după operaţia reuşită de bypass.

Cîteva luni mai tîrziu l-am văzut pe profesorul K. din nou în spital. De data asta nu fusese internat pentru o problemă cardiacă, ci pentru o umflătură în partea inferioară, dreaptă, a abdomenului. Avea, de cîteva săptămîni, o mică infecţie cu febră uşoară. Păru încîntat să mă revadă.

– Cum mai merge cu durerea în piept?

– A dispărut de tot.

– Dar cu somnul?

– Acum dorm bine, în patul meu.

L-am felicitat pentru fericita întorsătură.

– Fără îndoială, dumneavoastră m-aţi vindecat.

– Cum aşa? V-am văzut doar vreo zece minute, iar dumneavoastră sufereaţi de zece luni.

– Doctore Lown, sper că nu vă veţi simţi insultat, dar sunteţi ca acei doctori hinduşi din secolul trecut. Ei nu se înşelau. Ei nu spuneau: scoate asta sau aia. Ei îşi cunoşteau pacienţii. Nu că aş fi nerespectuos faţă de ştiinţă sau de savanţi, dar incertitudinea este stilul lor profesional. Ei pot spune una, apoi alta. Un doctor trebuie să meargă dincolo de ştiinţă. Trebuie să li se adreseze pacienţilor cu certitudine dacă vrea să-i ajute.

Investit cu această nouă autoritate, m-am simţit îmboldit să caut alte cauze pentru problemele de inimă. L-am întrebat dacă el ar paria pe un atac de inimă la o persoană de treizeci şi cinci de ani fără factorii de risc clasici pentru boala coronariană. La urma urmei, colesterolul lui era doar de 160 mg, tensiunea scăzută, nu fumase niciodată, nu avea diabet şi se trăgea dintr-o familie longevivă. M-a întrerupt nerăbdător:

– Ştiu exact care este cauza: mama mea, autoritară şi

Scanned with OKEN Scanner

tiranică. M-a dominat total întreaga viață. Cînd am avut această ocazie unică de a veni în America, la şcoala medicală din Boston, ca să-mi împlinesc visele cele mai îndrăznețe, ea mi-a interzis cu strictețe. Cînd totuşi am părăsit India, m-a blestemat şi m-a dezmoştenit.

A continuat pe acel ton moale şi curgător al limbii hinduse, altoit pe mai aspra tonalitate engleză:

– Cînd am venit aici, în fiecare noapte visele mele erau un continuu coşmar. Mama mea mă cicălea, noapte după noapte, fără încetare. Îmi era frică să adorm şi să mă confrunt cu mama. În timpul zilei mîncam cîte cinci-şase ouă, eram prea obosit să fac exerciții şi lucram febril, pînă la epuizare. Coşmarurile au încetat brusc după atacul de inimă.

A adăugat, trist şi îngîndurat:

– Acum mi-am plătit datoriile.

Dar nu şi le plătise chiar de tot. L-am văzut din nou după alte şase luni; deşi asimptomatic, părea încă preocupat. Se temea să se întoarcă în India, spunînd că îngrijirea medicală era slabă acolo. Conversația a scos la iveală un motiv mai profund: teama de mama lui îi sufoca din nou viața. L-am îndemnat să-şi înfrunte mama.

Ultima oară cînd l-am văzut mi-a spus că a sunat-o pe mama sa şi i-a spus: „Cad în genunchi şi îți sărut picioarele, mamă. Am suferit mult. Am avut un atac de inimă şi am avut nevoie de operație. M-am operat din nou, la abdomen. Am fost pedepsit mai mult decît merită orice ființă umană. Te rog, iartă-mă". Iar ea i-a răspuns: „Acum te iert".

– Ar trebui să fiți mulțumit.

– Ea nu m-a iertat.

– De ce spuneți asta ?

– După tonul vocii, pe care i-l cunosc bine. Acum fratele meu mai mic este favoritul ei.

Oricine poate anticipa rapida evoluție a bolii lui de inimă după întoarcerea în India. N-am reuşit să-l vindec pe acest om profund tulburat. Deosebirile noastre culturale erau mult prea mari.

Scanned with OKEN Scanner

Un chutzpah

Tratamentul diferă de vindecare. Unul are de-a face cu disfuncțiile sistemului organic, cealaltă cu ființa umană îndurerată. O poveste petrecută cu mai mult de douăzeci de ani în urmă poate ilustra această diferență. M-a impresionat profund şi încă mă face să mă simt stingherit.

Domnul S.D. era un om voinic, bine clădit, din Midwest. Reuşise singur în viață, era amabil şi afabil. În timpul liber juca golf şi mergea la sinagoga al cărei preşedinte fusese ales. Acum căuta un sfat medical pentru o fibrilație atrială recurentă, o dezordine a bătăilor inimii în care pulsul este rapid şi neregulat. Deşi palpitația putea fi considerată descurajantă, starea lui generală era bună. Pentru domnul D., totuşi, aritmia se dovedea tot mai stînjenitoare.

Soția lui, Rachel, îl însoțea de fiecare dată – martoră tăcută. Trebuie să fi fost o frumusețe cîndva, cu părul ei negru ca pana corbului, acum vopsit, cu trăsăturile frumos cizelate, pomeții înalți, ochi verde-oliv adînciți în orbite, austeri şi trişti, privind mereu în altă parte, deşi o întîlnire mai mult decît momentană a ochilor ar fi putut furniza introspecția unei profunzimi rămase neexplorate. Excesiv de slabă, purta haine strîmte şi avea mereu o țigară în colțul gurii. Mi-a întins o mînă moale, rece şi umedă. Nu vorbea niciodată, din respect pentru soțul ei. El cîntărea cam o sută treizeci de kilograme, în timp ce ea nu avea mai mult de şaizeci. În ciuda diferenței dintre ei, erau împreună de treizeci şi cinci de ani, aveau trei copii la colegiu şi îți puteai da seama că se simt bine împreună.

Un istoric atent al bolii nu a revelat probleme psihologice. Deşi, retrospectiv, îmi amintesc tresărirea ei cînd a venit vorba despre familie, cu toate că atunci nu o înregistrasem. Diverse medicamente împotriva aritmiei controlau situația, dar numai temporar. De-a lungul anilor am ajuns să cunosc bine acest cuplu şi să respect lipsa lor de pretenții, demnitatea

Scanned with OKEN Scanner

provincială, dar fiecare vizită îmi lăsa uşoara senzaţie că undeva, ascuns, se află un cărbune aprins. Încercările mele de a afla mai multe erau categoric respinse.

Într-o zi, după ce o rugasem din nou pe doamna D. să nu mai fumeze, ea a declarat că nu poate s-o facă, adăugînd impasibilă:

– Ar trebui să ştiţi că avem patru copii, nu trei.

M-am înălţat în scaunul meu rotitor, iar vocea mea a răsunat emoţionată şi iritată:

– Povestiţi-mi. Cum de-aţi aşteptat pînă acum?

– Soţul meu m-a pus să jur că nu voi mai rosti niciodată numele ei. Pentru el, ea e moartă. În multe nopţi adorm plîngînd.

– Nu înţeleg, fiica dumneavoastră a murit?

– Nu, e în viaţă.

– O vedeţi?

– Nu, iar dacă îmi scrie, ascund scrisorile.

Nu-i era uşor. Fiecare cuvînt era dureros pentru ea.

Cînd domnul D. s-a întors de la electrocardiogramă, ea s-a oprit, uitîndu-se la el cu o privire vinovată, furişă şi temătoare. Am rezistat impulsului de a o îndemna să continue şi am aşteptat pînă la următoarea vizită, şase luni mai tîrziu.

Atunci am aranjat să o văd pe doamna D. singură. Ea m-a implorat din nou să nu pomenesc nimic despre fată în faţa soţului ei. Se temea ca el să nu aibă un atac sau să nu-i facă ei vreun rău că a divulgat un secret de familie, deşi probabil că nu exista vreun secret pe care oricine din orăşelul lor să nu-l fi cunoscut. Se pare că fiica aceea fusese preferata soţului ei. Strălucită, vivace, temperamentală, cu personalitate, ea îl avea pe tatăl ei la degetul cel mic. Începuse să se întîlnească cu un băiat drăguţ încă din liceu, apoi, cînd au absolvit, au fugit de-acasă şi s-au stabilit în Cleveland. Domnul D., cînd a aflat acest lucru, a stat o săptămînă în *shivah* (perioada de plîngere a morţilor), a avut o cădere nervoasă şi, după ce s-a refăcut, a dat ordin ca orice urmă care i-ar fi putut aminti de

Scanned with OKEN Scanner

fiica lui să fie înlăturată din casă. Cînd a descoperit o scrisoare de la ea, a avut un violent acces de mînie. Am bănuit chiar că a lovit-o pe Rachel, deşi ea mi-a răspuns evaziv.

O dată, exasperat, l-am abordat direct pe domnul D. La urma urmei, acum eram prieteni.

– Nu te pot ajuta dacă nu eşti deschis faţă de mine. Simt că ceva te tulbură profund şi totuşi te ruşinezi să vorbeşti cu mine. Dacă unui doctor i se ascund faptele, atunci pacientul nu vrea să se vindece.

Atunci el mi-a povestit istoria pe care soţia lui mi-o schiţase mai devreme, dar cu mult mai multă mînie şi emoţie. Fiica lui se măritase ca să-i facă în ciudă. Era o respingere deliberată a apartenenţei ei la iudaism. Cînd Israelul era ameninţat, iar Holocaustul era încă o rană deschisă, cum putea el permite aşa ceva? Dacă fiica lui a respins faptul că este evreică, atunci nu e copilul lui... La fiecare vizită reveneam la această problemă, dar fără vreun progres.

Starea lui de sănătate se deteriora. Nu a răspuns la medicaţia anticoagulantă şi a avut un mic atac. Intram într-o situaţie de criză. Am avut sentimentul că viaţa îi devenea insuportabilă şi că se sacrifica lent şi nimeni nu îl putea împiedica, nici măcar el însuşi. Părea în transă pe marginea prăpastiei.

Una din vizite a avut loc într-o după-amiază de toamnă tîrzie, ploioasă şi deprimantă. Eu mă învîrteam în scaun, în faţa unei ferestre mari din tavan pînă în podea, care dădea spre o parcare, amplificînd peisajul dezolant şi melancolic de afară. Învîrtindu-mă încoace şi încolo, mă simţeam frustrat, mînios pe toată lumea şi pe neputinţa mea.

Apoi, dintr-o dată, fără să am aerul că îl provoc, am început să mă răstesc la el:

– Nu ştiu de ce îmi pierd vremea cu un om ca tine. Mi-e silă să te văd cum te compătimeşti, dar mi-e silă şi de ce i-ai făcut fiicei tale, şi soţiei, familiei tale, celorlalţi copii şi ţie însuţi. E îngrozitor cît de egoist poţi fi. După religia evreiască,

Scanned with OKEN Scanner

Domnul poate ierta păcatele comise împotriva Lui, dar nu şi păcatele contra altor fiinţe umane.

Vocea îmi tremura de mînie. Cine era acest maniac, vorbind prin gura mea ca un veritabil măgar al lui Balaam?

Domnul D. se aplecase, asemenea unui taur care înfruntă un matador, cu ochii bulbucaţi, respirînd zgomotos şi cu venele gîtului încordate. Mă şi vedeam aruncat prin fereastră şi prăbuşindu-mă pe asfaltul parcării. Însă domnul D. începu să plîngă isteric, cu braţele căzute, scoţînd nişte strigăte de parcă ar fi fost exorcizat. Eu eram ud de transpiraţie, de spaimă şi de remuşcare ca urmare a izbucnirii mele idioate.

Era urît din partea mea şi totuşi nervii mei erau întinşi precum coarda unui zmeu înălţat în vînt, aşa că nu mă puteam opri.

– Dacă ai avea un pic de decenţă, te-ai urca chiar acum în maşină şi te-ai duce la Cleveland să baţi la uşa fiicei tale. La uşa din spate, fiindcă nu meriţi să intri prin faţă. Te-ai aşeza în genunchi şi i-ai cere iertare. Numai ea te poate uşura de povara păcatului, nu Dumnezeu.

Am acţionat eu ca un psihopat, pretinzînd că sunt un fel de Ieremia, vechiul profet al cuvîntului dur? Am auzit un suspin abia stăpînit şi am văzut corpul uriaş al domnului D. convulsionîndu-se. S-a ridicat încet, împuţinat brusc de durere şi de vîrstă, şi a părăsit camera. Soţia lui, arătînd şi mai palidă, l-a urmat. Mă simţeam vinovat, dar un alt gînd mă îmboldea: e bine, asta înseamnă vindecare – uneori e nevoie de durere pentru a uşura durerea.

Cînd a venit timpul pentru o nouă consultaţie, m-am mirat cînd domnul D. a intrat spăsit, dar mai relaxat. Făcuse exact ceea ce îi recomandasem. Se dusese la Cleveland şi îi ceruse iertare fiicei sale. Bucuria revederii fusese imensă şi el nu mai contenea să-şi arate emoţia. Cele două familii erau acum inseparabile şi el nu se putea opri să nu povestească despre micul lui nepot. Se uita înapoi, la cei cîţiva ani care trecuseră,

Scanned with OKEN Scanner

ca la o aberație pe care desigur voia să o uite. Ca din întîmplare, fibrilația atrială încetase să mai fie o problemă. Aceeași medicină care înainte nu reușise să-i controleze ritmul inimii, îl ținea acum sub control.

Reflectînd douăzeci de ani mai tîrziu la domnul D., nu mai sunt atît de mîndru pe cît eram atunci. Faptul că problema lui s-a rezolvat nu mă convinge că mijloacele au fost potrivite. Argumentele slabe nu sunt niciodată justificate de intențiile bune, nici confirmate de rezultate. A fost oare aceasta singura cale de reconciliere a domnului D. cu fiica lui? Oare o încercare de a-l convinge cu răbdare, în timp, n-ar fi dus la același rezultat? Provocarea unei astfel de furtuni emoționale i-ar fi putut dăuna, atît fizic, cît și psihic. Adevărul este că am pierdut controlul, acționînd sub imboldul impulsului de moment. Aceasta nu justifică însă un comportament necorespunzător. Este o parte costisitoare a educației fiecărui doctor. Pacienții sunt uneori cobaii noștri involuntari. De atunci nu mi-am mai pierdut stăpînirea de sine în fața unui pacient. Într-o situație asemănătoare, cîțiva ani mai tîrziu, am dovedit că învățasem din experiență.

Ceea ce nu este permis poate fi obligatoriu

Domnul G., un om de afaceri de șaizeci de ani din Boston, proprietarul unui magazin de mașini, era căsătorit cu o femeie inteligentă și grijulie. Dar de ce suferea de o boală prematură a arterei coronariane? Nivelul colesterolului era normal, la fel și tensiunea și nu fumase niciodată. Deși era tipul de om tensionat care își face mereu griji, ocupația lui nu era excesiv de stresantă. Boala coronariană era totuși netratabilă și progresivă. Suferise trei operații – două operații de bypass și un balon de angioplastie – totuși angina apărea și dispărea, sub un tratament substanțial.

L-am văzut de multe ori, de-a lungul mai multor ani, și

Scanned with OKEN Scanner

am avut sentimentul unui eşec cu privire la tratamentul lui, ajustat tot timpul cu diverse medicamente împotriva durerilor – precum nitraţii sau betablocantele şi inhibitorii candelor de calciu. În ziua aceea mi-a părut mai trist ca de obicei. Din istoricul provizoriu al bolii nu a reieşit nimic, dar după examinarea fizică, la care a fost prezentă şi soţia lui, am început să simt că îmi scapă ceva. Soţia lui părea că arde de nerăbdare să-mi vorbească, dar nu spunea nimic.

Am decis să abordez subiectul copiilor, socotind cumva că acolo ar putea fi ascuns misterul. Cuplul avea două fiice şi un fiu, copilul mijlociu. La evreii ortodocşi, un fiu ocupă un loc central în ierarhia familiei şi eu bănuiam că asta era problema.

– Aveţi probleme cu copiii? l-am întrebat amabil.

În acest moment, doamna G. a intervenit:

– Pentru Dumnezeu, spune-i despre Richard!

El i-a zis să tacă.

– Richard nu are legătură cu angina mea.

– Vă înţelegeţi bine cu fiul? am întrebat eu.

– Nu, a răspuns el brusc.

– De ce nu ?

– Fiindcă Richard este homosexual. Aş prefera să-l văd murind de cancer… răspunse el, mînios de amestecul meu.

Am replicat, amabil dar şi măgulitor:

– Mă uimiţi. De la un om decent ca dumneavoastră, pentru care am un respect deosebit, afirmaţia mi se pare iraţională.

Am coborît tonul, încercînd să-l îmbunez:

– Are sens să scurtaţi viaţa soţiei dumneavostră, să ruinaţi viaţa fiului şi pe a dumneavoastră înşivă doar pentru o judecată îngustă?

Am continuat să vorbesc despre homosexualitate ca despre o problemă biologică şi genetică, nu de comportament. O problemă care n-ar trebui să pricinuiască nimănui sentimente de vinovăţie. În timp ce insistam că un tată nu are dreptul

Scanned with OKEN Scanner

să-şi condamne propriul fiu la o pedeapsă în Iad, mi-am exprimat şi simpatia pentru jena şi pentru suferinţa lui inutilă. Conversaţia a fost lungă şi s-au vărsat multe lacrimi. Am recomandat o consiliere de familie la psiholog, dar cînd au plecat nu eram sigur că îmi vor urma sfatul.

Ceea ce pare o rezolvare fericită în cabinetul doctorului se poate evapora după ce pacientul pleacă şi începe să reflecteze la amestecul doctorului în cele mai intime aspecte ale vieţii lui. Nu eram sigur dacă domnul G. va mai veni şi anul următor şi dacă va încerca să rezolve problema, în caz că ar putea fi rezolvată, sau boala va continua să se agraveze.

El a revenit şi am putut vedea că era o persoană diferită. Atitudinea nestăpînită dispăruse. Nu mai evita să mă privească în ochi. Şi, pentru prima oară, un zîmbet juca pe faţa lui deschisă.

– Ce veşti bune aveţi? l-am întrebat.

– Tocmai am sărbătorit Paştele, *Pesah Seder*, iar Richard şi Gilbert au fost împreună acolo şi au citit amîndoi din *Haggadah*. Gilbert, prietenul fiului meu, este un om drăguţ, cum nu se poate mai bun. Sunt împreună de vreo şapte ani. Amîndoi sunt oameni de succes, cîştigă mai mult de o sută de mii de dolari în fiecare an. *Seder* a fost o treabă frumoasă. Richard a fost chiar puţin gelos că i-am dat atîta atenţie lui Gilbert. Acum, soţia mea şi cu mine activăm pentru drepturile homosexualilor. Am participat chiar la ultima paradă.

Acest om, pînă mai ieri taciturn, turuia fără oprire. Vorbea cu uşurinţă şi cu mîndrie şi voia să împărtăşească şi altora incredibila lui poveste şi tot ce i s-a întîmplat în anul care trecuse. Combaterea prejudecăţilor împotriva homosexualităţii devenise preocuparea socială majoră a domnului şi doamnei G., iar angina lui încetase să mai fie o problemă.

Scanned with OKEN Scanner

8

Puterea certitudinii

În cazul profesorului B.K., savantul hindus, am pedepsit echipa spitalului pentru că l-a internat într-o secție de boli cardiovasculare, cînd problema lui reală era de fapt anxietatea. De altfel, este un fapt clinic banal că furnicăturile în mîini sunt o manifestare a hiperventilației, o respirație rapidă superficială care însoțește un atac de panică. Echipa m-a asigurat că ei i-au spus pacientului în repetate rînduri că furnicătura nu e un simptom cardiac. De ce nu i-a crezut el? Şi de ce a acceptat pe loc spusele mele ca pe un adevăr biblic? Investigînd această problemă, am aflat că un intern, ca şi rezidentul de altfel, l-au încurajat, dar în acelaşi timp au sădit îndoiala în inima lui, conectîndu-l pe B.K. la un monitor într-o secție de boli cardiovasculare. Datorită lipsei lor de experiență, erau neconvingători şi i-au transmis pacientului un mesaj ambiguu. Eu am fost autoritar şi am respins total ideea că simptomele lui ar avea vreo legătură cu inima. Profesorul K. avea nevoie de certitudini, nu de echivoc.

Un medic de clinică învață repede că pacientul are nevoie de o mînă forte care să-l ajute să învingă anxietatea. Un doctor trebuie să fie autoritar, dar fără a fi dogmatic. Aici se află linia fină care separă cele două atitudini. Vorbele trebuie alese cu grijă, ca să se potrivească personalității fiecărui pacient.

Doctorii se înşală fiindcă au fost îndoctrinați să privească medicina ca pe o disciplină ştiințifică. Ştiința medicinei ne învață că simptomele pot avea o varietate de cauze. Un

Scanned with OKEN Scanner

student la medicină învață mai mult de cincizeci de cauze pentru mărirea splinei, dar pacientul nu trage nici un folos dintr-o asemenea perspectivă academică. Dimpotrivă, posibilitățile pot fi traduse în probabilități, care dacă sunt comunicate ca atare pacientului îl fac să nu se simtă bine și îi induc mai multe simptome. Profesorul indian a pus degetul pe rană cînd a stabilit că incertitudinea este stilul profesional al științei și al oamenilor de știință.

Doctorul trebuie să fie precis și afirmativ. Ceea ce nu e greu cînd condițiile clinice nu sunt ambigue sau cînd simptomele sunt simple. Este mai greu cînd doctorul e mai puțin sigur, cînd o situație serioasă este puțin probabilă, dar nu imposibilă. Cîteodată aceasta duce la restrîngerea certitudinii între limite aproape absurde și se apropie de domeniul șamanismului sau al șarlataniei. Totuși, un doctor care apreciază puterea cuvîntului este conștient că, în anumite cazuri, certitudinea poate aduce echilibrarea balanței și poate ușura durerea pacientului sau alte simptome, cînd alte metode au dat greș.

Dar este oare etic să asigurăm pacientul de ceva care, din punct de vedere științific, poate să nu fie plauzibil? Într-o epocă plină de minciuni, etica medicală accentuează constant datoria medicului de a spune pacienților adevărul. Dar, cu peste cincizeci și cinci de ani în urmă, marele savant L.J. Henderson argumenta: „Ideea că adevărul – tot adevărul și numai adevărul – poate fi comunicat pacientului este un exemplu de falsă abstracție, de afirmație eronată, numită de Witehead *Sofismul concretului prost plasat*"*

Uneori am mers atît de departe încît am garantat recuperarea chiar cînd baza științifică a tratamentului era subțire sau inexistentă. Ce se poate întîmpla cînd promitem un tratament care nu există? Se poate considera că doctorul

* L.J. Henderson, *Medicul și pacientul – un sistem social,* în „New England Journal of Medicine" 212 (1935), pp. 819–823.

Scanned with OKEN Scanner

a greşit şi poate pierde încrederea pacientului sau i se poate intenta un proces de malpraxis (v. cap. 10). Totuşi, numeroşii ani de practică medicală m-au convins că dacă pacienţii îşi dau seama că doctorul este motivat exclusiv de grija pentru ei, atunci încrederea în el e rareori diminuată chiar cînd se dovedeşte că s-a înşelat. De cîteva ori am promis un tratament care nu s-a concretizat, pacienţii au început să-şi ceară scuze ca şi cum ei m-ar fi trădat, netrăind conform aşteptărilor mele. Cînd mi se frîngea inima pentru familia pacientului care murea pe masa de operaţie, ei erau aceia care mă încurajau. I-am auzit adesea spunînd: „Ştim că v-aţi dat toată osteneala". În îndelungata mea activitate medicală nu am fost niciodată pus sub urmărire pentru malpraxis.

Cînd se dovedeşte că am greşit – căci se întîmplă, vai, prea frecvent – eu fac cunoscut acest lucru, mai ales faţă de tinerii mei studenţi. Am la inimă versurile poetului Evtuşenko din *Inexprimabilul*:

„Toate greşelile, păcatele ascunse
lovindu-se pe sine, precum epilepticii,
crezînd că «tot ce nu-i spus va fi uitat,
precum ce e uitat se va-ntîmpla din nou»..."

Oamenii învaţă din greşeli. Recunoaşterea lor ne asigură că ele nu se vor repeta. Umila mărturisire a erorilor îi fereşte pe doctori să confunde misiunea lor cu cea divină. Noi nu posedăm puteri omnisciente, ci doar intuiţie, experienţă şi un dram de cunoştinţe. Acestea sunt foarte eficiente cînd sunt folosite în interesul unei fiinţe umane aflate în suferinţă.

Vindecarea durerii de spate

Făceam vizitele de dimineaţă în pavilionul B de la Spitalul Peter Bent Brigham, însoţit de Jim, un asistent clinic post-doctorand care venise cu bune referinţe ca om de ştiinţă, dar

Scanned with OKEN Scanner

care a dovedit că era lipsit de bun-simț. Avea o părere prea bună despre sine, era arogant şi fără simțul umorului.

Am consultat o pacientă care fusese tratată electric (v. cap.13, cardioversia,) de fibrilație atrială, o neregularitate a ritmului cardiac instalată ca urmare a unei recente operații de valvă mitrală. În cardioversie, o descărcare electrică ce traversează pieptul elimină ritmul anormal. Doamna H., o femeie robustă, trecută de patruzeci şi cinci de ani, din Maine, nu era interesată de planurile noastre şi îi păsa prea puțin de ritmul ei cardiac deranjat. Ea suferea de dureri de spate, nereuşind să-şi găsească o poziție cît de cît confortabilă şi se întorcea pe toate părțile, făcînd grimase şi mormăind. Narcoticele prescrise adăugau la suferința ei şi greață, amețeli şi constipație. Devenise chiar vehementă:

– Nu vreau să continui cu pilulele astea, cum le spune, decît dacă mă ajută la durerile de spate. Vreau să ştiu dacă o să-mi ajute tratamentul electric la spate.

Eu am răspuns fără ezitare:

– Bineînțeles că o să vă ajute!

Jim, cu piciorul pe marginea patului ei, îşi plesni amuzat coapsele şi izbucni:

– Asta-i tare! Încercați să-i explicați cum cardioversia o să-i ajute la sciatică!

M-am răsucit ca într-o frigare pusă la foc fierbinte, roşind jenat şi încurcat. Doamna H., uluită şi mînioasă, întrebă:

– Cine este acest personaj?

I-am răspuns că este un novice care mai are multe de învățat. Cînd am părăsit amîndoi salonul, clocotind de mînie, mi-am amintit de mama. A doua zi dimineață i-am aplicat şocurile electrice doamnei H. fără nici o problemă, restabilindu-i ritmul normal al inimii. Mai tîrziu am trecut eu însumi să o întreb de durerea de spate. Ea a afirmat că tratamentul a fost un miracol: durerea trecuse complet. Apoi

Scanned with OKEN Scanner

a întrebat de Jim, fiindcă această femeie crescută la fermă credea în acțiunea directă și era gata să-i dea un pumn în nas. Am recomandat nonviolența și i-am sugerat ca, în loc de pumn, să-i dea o parte din mintea ei.

În dimineața următoare, la ora nouă, infirmeria din pavilionul B zumzăia ca un stup, plină de doctori, de infirmiere, pacienți ambulatorii și de oameni de serviciu. Examinam fișele împreună cu Jim, cînd doamna H. a intrat pe neașteptate. Roșie la față, spumegînd cu o voce de tenor, a cerut să se facă liniște. Cînd toți au tăcut, ea a mugit :

– Vreau să vă spun ceva. Asistentul domnului Lown, ăsta de-aici, al cărui nume nu-l știu și nici nu mă sinchisesc să-l cunosc, pretinde că este doctor. Însă e mai prost ca o găină și ar trebui să vă fie rușine să-l țineți prin preajmă.

Apoi a povestit, pe un ton caustic, ceea ce se petrecuse, încheind cu un potop de înjurături. Jim s-a făcut întîi roșu, apoi alb, după care arăta de parcă l-ar fi lovit apoplexia. Ce impact educațional a avut acest discurs nu mai știu, fiindcă Jim a ales să plece de la noi înainte de împlinirea programului său de doi ani.

Dacă un student în medicină m-ar întreba dacă poate ușura durerile de spate prin cardioversie, i-aș răspunde categoric: nu. Jim ar fi avut tot dreptul să mă dezaprobe în particular, dar în fața unui pacient cu dureri este un păcat impardonabil să-i iei orice urmă de speranță că o anume procedură i-ar putea ameliora durerile.

Acest caz ridică niște probleme. În rimul rînd, desigur, dacă este etic să-i oferi unui pacient asigurări asupra unui lucru care e foarte probabil să nu se întîmple. Firește, nu există o conexiune anatomică între șale și inimă și ar fi fost o fantasmagorie să avansez ideea că prin cardioversie se poate ușura o severă durere de spate... Dar eu nu am spus așa ceva. A făcut-o pacienta. Ea se agăța de orice speranță, dorind să creadă în această procedură, de fapt în orice procedură care i-ar fi atenuat durerile. De ce un doctor ar îndepărta speranța

Scanned with OKEN Scanner

de care se agaţă un pacient disperat? Ce legi mai înalte ar putea fi susţinute de acest eticism categoric?

De altfel, cum poate cineva să fie sigur că nu ajută cardioversia? Şocul electric poate supraîncărca circuitul nervos, blocînd traficul neural spre muşchi şi întrerupînd o buclă cibernetică, în care spasmul muscular stimulează fibrele nervoase care provoacă disconfort – care, ca răspuns, provoacă un alt spasm. La urma urmei, chinezii tratează de cîteva mii de ani tot felul de dureri cronice înfigînd ace de acupunctură în locuri îndepărtate de durere sau aplicînd slabi curenţi electrici prin aceste ace. Este chiar posibil ca anestezia locală, anterioară cardioversiei, să fie benefică. Dacă un pacient se aşteaptă la mai mult decît trebuie de la o procedură justificată clinic, este doctorul obligat să infirme această certitudine? N-ar trebui oare ca starea pacientului să fie primul, dacă nu singurul obiectiv al doctorului?

Ca să insufle încredere, doctorul trebuie să aibă încredere. El n-ar trebui să-şi facă griji că s-a dovedit prea optimist. A avea încredere poate salva un pacient de la un tratament interminabil, de la ipohondrie şi, în cele din urmă, de la invaliditate.

Povestioara următoare arată cum încurajarea fără echivocuri poate rupe ciclul bolii la fel de hotărîtor ca şi bisturiul care taie un abces.

Femeia cu palmele asudate

O femeie subţirică şi fragilă se odihnea în salonul pentru pacienţii săraci, unde se aflau deja patru persoane deşi abia era loc pentru două. Ea arăta ca o pasăre zburlită, cocoţată pe un copac fără frunze, în plină iarnă, şi suspina încontinuu. Încheieturile ei erau albe şi osoase, iar degetele strîns înlănţuite în jurul genunchilor adunaţi pînă la bărbie. Cînd i-am întins mîna, a ezitat şi a părut tulburată. Strîngerea de

Scanned with OKEN Scanner

mînă a fost rapidă, superficială, palmele noastre abia s-au atins şi ea şi-a retras repede mîna asudată şi moale.

Era căsătorită de doi ani şi avea un băieţel de un an, dar o ducea foarte greu. Pînă la cei douăzeci de ani ai ei fusese o persoană sănătoasă, cînd a intervenit o supărătoare palpitaţie. În cele din urmă a găsit banii şi curajul pentru a consulta un doctor. Ultimele cîteva luni, după prima vizită medicală, fuseseră un coşmar de nedescris.

Doctorul care o văzuse iniţial i-a diagnosticat o aritmie severă a inimii care îi putea ameninţa viaţa şi i-a spus că numeroasele extrasistole puteau fi o prevestire a morţii subite. Înspăimîntată, ea mergea săptămînal la doctor, deşi cu greu îşi permitea aceste vizite. În fiecare săptămînă, în afară de costul vizitelor şi al electrocardiogramelor, trebuia să plătească şi o femeie să stea cu copilul. Diagnosticul era prolaps de valvă mitrală, iar ea pronunţa aceste vorbe misterioase ca pe o vrajă fatală. Mai rău, doctorul i-a spus că nu ar fi bine pentru ea să fie lăsată singură cu copilul. Iar cum medicamentele prescrise îi provocau greaţă şi ameţeală, nu mai era capabilă să aibă grijă de copil. Doctorul i-a recomandat să aibă o femeie mereu lîngă ea pentru cazul în care ar suferi pe neaşteptate un atac.

Cum nu-şi permiteau să plătească pe nimeni, soacra, cu care nu se împăca prea bine, s-a mutat la ei şi a eliminat-o din viaţa soţului şi a fiului ei. Începea să se simtă ca o străină în propria casă. La douăzeci şi patru de ani considera că viaţa ei se terminase. Suspina sfîşietor, complet neajutorată.

Examinînd-o, am descoperit că inima era normală, avea doar un murmur ciudat şi cîteva bătăi neregulate care nu prevesteau nimic rău. I-am explicat că inima ei era normală, că putea avea grijă de copil fără nici un pericol şi că soacra ei se putea muta înapoi la ea acasă. I-am recomandat să uite această experienţă nefericită şi am subliniat că va trăi pînă la adînci bătrîneţi.

– Dar aş dori să vorbim despre o problemă serioasă pe care o ai, am continuat, pe un ton grav.

Scanned with OKEN Scanner

– Ce problemă? a întrebat ea făcînd ochii mari şi cu o îngrijorare crescîndă.

– Singura problemă reală pe care o ai sunt palmele transpirate.

Ea suspină uşurată şi rîse nervos. A recunoscut că mîinile ei erau un prilej constant de jenă. Ca adolescentă, se temea să meargă să danseze ca să nu lase vreo pată de umezeală pe umărul băiatului. Şi-a petrecut mult timp făcîndu-şi griji în legătură cu palmele ei transpirate.

I-am spus că această problemă se observă mai bine din cauza felului în care dă mîna cu cineva.

– Dacă strîngi mîna energic, sugerînd o strîngere de mînă fermă, nimeni nu-şi va da seama de nimic. Dar fiindcă ai o mînă moale şi o întinzi nehotărîtă, degetele celeilalte persoane alunecă uşor peste toată palma ta şi îşi dă seama că e transpirată. De fapt, tu anunţi problema şi astfel o agravezi. Dar dacă strîngi mîna cum trebuie, chiar dacă palmele se ating, nu va fi atît de evident. Hai să exersăm strîngerea de mînă!

În următoarele cîteva minute am exersat strîngerea de mînă. După cîteva clipe a început să se relaxeze şi să se amuze. A fost externată în aceeaşi zi şi n-a mai avut probleme cu inima.

Cum a putut internistul ei să greşească atît de grav? Prezenţa prolapsului de valvă mitrală (MVP), cînd este acompaniată de bătăi suplimentare de inimă cu origine în ventricul, aşa-numitele extrasistole ventriculare, este în general privită de doctori ca o potenţială ameninţare a vieţii. Este o concepţie greşită. Prolapsul de valvă este absolut benign şi foarte obişnuit. În Statele Unite există probabil cam douăzeci şi cinci de milioane de persoane cu prolaps de valvă mitrală. Dar mai puţin de unul din cinci mii va avea probleme grave. După părerea mea, are cam aceeaşi rată de răspîndire ca pistruii. Şi este mai răspîndită printre tinerele femei – 15%

Scanned with OKEN Scanner

dintre ele, dar moartea subită în cazul lor este atît de rară, încît trece aproape neobservată. În schimb, mii de femei, ca şi cea descrisă aici, sunt terorizate. Mai rău este însă că unele au decedat din cauza medicaţiei cu pilulele antiaritmice periculoase şi inutile.

Cum pătrund aceste concepţii greşite în profesia medicală? Interpretările funeste ale unor internişti au legătură cu cultura contemporană a medicinei. Multe boli, diagnosticul şi tratarea lor sunt statuate de medici universitari, care practică în spitale universitare. Aceşti doctori nu se întîlnesc cu problemele medicale obişnuite, ei văd doar probleme extraordinar de grave şi complicate. Iar un pacient cu prolaps nu va fi îndrumat către un spital universitar decît dacă prezintă aritmii semnificative, atacuri, endocardite bacteriene, adică extrem de rare complicaţii ale condiţiei de bază.

Cînd universitarii publică articole despre prolapsul de valvă, ei pot să indice cu acurateţe că zece procente sau chiar mai mult dintre pacienţii studiaţi de ei au avut severe complicaţii. În activitatea mea am văzut mai mult de douăzeci de pacienţi cu prolaps de valvă care au suferit un atac de cord. Dar atunci conduceam o clinică de boli aritmice care primea pacienţi de pe tot teritoriul Statelor Unite şi chiar din străinătate. Numai Dumnezeu ştie cîte milioane de oameni aveau această problemă, dintre care eu îi vedeam doar pe cei cu complicaţii. E o pură speculaţie să generalizăm incidenţa unei afecţiuni la o populaţie numeroasă pe baza datelor dintr-un azil, să spunem, sau din armată. În prima instituţie avem de-a face cu bolnavi şi ce senili, iar în armată avem doar oameni tineri şi sănătoşi.

Oricare ar fi afecţiunea, fie că e vorba de un obişnuit prolaps, fie de o cedare a inimii în fază terminală, pacientul se aşteaptă ca doctorul să-i dea speranţă, să-l încurajeze şi să-i uşureze suferinţa şi viaţa în general. Acest lucru se întîmplă cînd doctorul este optimist şi îi dă sfaturi încurajatoare. Certitudinea este comunicată nu doar prin

Scanned with OKEN Scanner

vorbe, ci prin evitarea unor modificări excesive ale stilului de viață. Multiplele interdicții subminează certitudinea și răpesc din calitatea vieții.

Uneori doctorii își asumă rolul evlavioșilor fanatici. Ecleziaștii din vechime negau plăcerile trupului și îi copleșeau pe păcătoși cu spaima de focul Iadului și de eterna damnare. Medicul, deși urmărește un scop vremelnic, acela de a amîna moartea, condamnă și el, de obicei, activitățile plăcute. Dar în felul acesta le poate răpi bătrînilor și bolnavilor puținele satisfacții rămase...

Îmi amintesc de o anecdotă medicală. Un pacient îl întreabă pe un doctor ce ar putea face ca să trăiască mai mult. Doctorul îi înșiră o lungă listă de „nu ai voie", care cuprindea aproape tot ce-i plăcea pacientului. Pacientul, dezamăgit, întreabă:

– Dacă îmi refuz toate aceste lucruri care fac viața să merite să fie trăită, o să trăiesc mai mult?

Răspunsul prompt a fost:

– Nu, dar fără ele timpul o să ți se pară mai lung.

Eu nu caut să impun categoric restricții pacientului decît dacă este strict necesar. Chiar cînd informațiile sunt precise în privința efectelor dăunătoare ale unor alimente sau ale unor activități, moderația este preferabilă unei rigide prohibiții. Pacientul care susține că nu a mîncat nici un ou timp de zece ani sau mai mult, nu a procedat la fel de bine ca acela care și l-a îngăduit din cînd în cînd. Rațiunea e simplă: constrîngerea este condusă de teamă. Dacă un pacient consideră că ouăle sunt dăunătoare sănătății, el trebuie să fie mereu în alertă. O astfel de vigilență, după cum subliniază distinsul fiziolog american Walter B. Cannon, angajează un răspuns neuro-fiziologic de tipul „luptă sau fugi". Acest sistem a evoluat timp de milioane de ani pentru a permite unui animal să fie gata în orice moment pentru luptă pe viață și pe moarte sau pentru fugă. În timpul unei astfel de stări comportamentale apare o cantitate mai mare de

Scanned with OKEN Scanner

adrenalină, o antrenare a reflexelor simpatice, o accelerare a ritmului inimii şi creşterea tensiunii. O serie de dovezi ştiinţifice demonstrează că animalele aflate cronic în alertă sunt mult mai expuse la afecţiuni ale inimii.

Şansa de supravieţuire este îmbunătăţită, oricare ar fi boala, cînd pacientul cultivă o atitudine relaxată, dublată mai ales de simţul umorului. Cu trei sute de ani în urmă, marele medic englez Thomas Sydenham spunea că „sosirea unui clovn exercită o influenţă mai bună asupra sănătăţii unui oraş, decît douăzeci de măgari încărcaţi cu medicamente".

Un doctor trebuie să fie întruparea optimismului. Întotdeauna am fost convins că un medic ar trebui să caute o rază de lumină pînă şi în cele mai întunecate circumstanţe. Cînd şansele sunt îndoielnice, o atitudine pozitivă îi ridică moralul pacientului chiar dacă nu întotdeauna duce la vindecare. Motto-ul meu a fost multă vreme: „Medicul nu trebuie să limiteze pacientul. Lasă ca limitele să fie stabilite de pacient". Am evitat să pun restricţii şi să împovărez pacientul cu temeri şi interdicţii. Această atitudine a avut ca rezultat multe surprize plăcute şi chiar supravieţuirea împotriva tuturor previziunilor medicale, iar unele ar putea fi considerate adevărate miracole. Următoarea poveste ilustrează cum se poate obţine un rezultat excelent cînd doctorul, servind drept avocat al pacientului, este plin de un optimism energic.

O ultimă mişcare

Întotdeauna am întîmpinat cu bucurie vizitele profesorului T. Era un om uscăţiv, cu o înfăţişare de băieţandru, cu o claie de păr cărunt şi cu ochi mari, cenuşii luminîndu-i figura inteligentă. Era uşor saşiu şi, înclinînd capul într-o parte, nu se uita niciodată la mine, ci prin mine. Îl admiram foarte mult, nu atît pentru marile lui realizări în jurisprudenţă, cît mai ales pentru demnitatea şi echidistanţa pe care le afişa ca pacient.

Scanned with OKEN Scanner

Cu doisprezece ani în urmă suferise un infarct miocardic care a făcut ca inima lui să arate ca un cauciuc de maşină perforat. Am realizat magnitudinea accidentului cînd i-am vizualizat inima şi plămînii la fluoroscop, în întuneric. Nu vedeam nimic mişcîndu-se în centrul pieptului său, doar un glob mare, imobil. Nici măcar un tremur nu era detectabil. Îngrijorat, am strigat:

– Profesore T! ca să mă asigur că era în viaţă.

– Da, doctore, vreţi să inspir adînc ?

– Da, desigur, am răspuns uşurat, urmîndu-i indicaţia şi trăgînd şi eu o gură de aer.

Cînd a fost externat de la Spitalul Peter Bent Brigham, după numeroase complicaţii severe suferite în urma atacului, el a insistat că vrea să-şi continue viaţa fără să-şi facă probleme pentru situaţia inimii. A întrebat cît mai are de trăit.

– Prognosticul, i-am răspuns, e domeniul lui Dumnezeu. Grecii erau şi mai înţelepţi decît noi, dar zeii lor puteau prezice foarte puţine. Ei au înţeles că profeţia necesită cunoaşterea completă a tot ce există în Univers. Nu putem spune dinainte nici cum va fi vremea săptămîna viitoare şi vreţi ca eu să vă spun adevărul despre viaţă.

El a înţeles rezerva mea, dar a insistat să-i dau măcar o aproximare, spunînd că îi datorez asta ca să-şi poată planifica cei cîţiva ani rămaşi. Crezînd că depăşesc cu cel puţin 50%, i-am răspuns:

– Cinci ani cu certitudine.

El nu a mai deschis subiectul şi a continuat să-şi trăiască viaţa din plin, predînd la Facultatea de drept de la Universitatea Harvard, navigînd în Newfoundland şi Labrador, călătorind la Cairo şi în Orientul Îndepărtat. Cînd a depăşit cifra magică prezisă, nu m-a mustrat niciodată pentru că am fost un slab prezicător.

Doisprezece ani mai tîrziu era încă activ, dar avea o severă congestie, cu iregularităţi în ritmul inimii, cu numeroase

Scanned with OKEN Scanner

extrasistole şi fibrilaţii atriale, iar edemul pulmonar devenea paroxistic.

În timp ce participa la un simpozion în Philadelphia, a fost văzut moţăind, iar un prieten care se afla împreună cu el în prezidiu mi-a povestit că l-a văzut căzînd cu capul pe masă. După vreo zece secunde, profesorul şi-a scuturat capul ca şi cum ar fi stat prea mult sub apă, şi a inspirat zgomotos. Avea ochii sticloşi ca şi cum şi-ar fi pierdut cunoştinţa. Aceasta a fost o observaţie pătrunzătoare. Cînd l-am spitalizat pe profesorul T., realitatea necruţătoare mi s-a dezvăluit. Avusese scurte atacuri de tahicardie ventriculară, aproape trei sute de bătăi pe minut. Această aritmie periculoasă este anticamera morţii cardiace subite. La două sute cincizeci de bătăi pe minut sau mai mult, nici măcar o inimă normală nu face faţă. La inima bolnavă, pomparea sîngelui încetează complet. Ventriculul stîng al profesorului cedase şi oprise pomparea sîngelui în corp şi în creier. Acestea sunt minicrize de stop cardiac, dar ele se rezolvă de la sine. Dacă o astfel de criză ar fi persistat, viaţa profesorului T. s-ar fi sfîrşit.

Profesorul era din ce în ce mai bolnav şi a trebuit să fie frecvent spitalizat pentru a trata edemele pulmonare din cauza cărora aproape se sufocase de cîteva ori. Aritmiile deveneau tot mai frecvente şi mai rău prevestitoare. Manipularea medicamentelor de care avea nevoie ar fi sfidat înţelepciunea lui Solomon. De aceea am fost şocat într-o zi de primăvară timpurie cînd m-a întrebat dacă i-aş permite să meargă să navigheze în Islanda cu un grup de prieteni mai tineri. În acest stadiu, deşi era fragil, iar buzele îi erau vinete, era încă foarte lucid şi foarte hotărît să întreprindă ucigătoarea călătorie.

Pe moment am fost tulburat. În loc să-i răspund cu un nu hotărît, m-am eschivat, ştiind cît de mult însemna pentru el această aventură anuală. Am întrebat cît de mare era nava, cît de des va trebui să stea de cart, dacă ar fi posibil să aleagă o dietă cu mai puţină sare, cine l-ar însoţi, cît efort va trebui

Scanned with OKEN Scanner

să facă şi altele. Era clar că el vedea această călătorie ca pe o aventură finală, încununînd sfîrşitul vieţii sale lungi şi productive. Nu m-a lăsat inima să-i spun nu.

Odată ce am decis că nu-i voi refuza acea călătorie, am trecut la lucruri mai practice. Întîi am pus la punct o metodă prin care să-şi trateze edemul pulmonar, recomandîndu-i să încarce pe navă o butelie de oxigen, apoi i-am dat Syrette cu morfină şi diuretice. Am făcut repetiţii cu el, ca să ştie ce are de făcut dacă horcăie, iar respiraţia devine rapidă şi dificilă. I-am explicat că acestea erau semne care indicau că plămînii lui sunt încărcaţi cu lichid şi ce măsuri trebuie luate fără întîrziere. Grija mea cea mare era să nu mărească ingestia de sare de la aerosolii oceanici. În sfîrşit, am insistat să facă un contract cu o companie de elicoptere care să-l poată evacua în cazul în care congestia cardiacă devenea imposibil de tratat.

Cînd a plecat, avea o excelentă condiţie psihică, dar arăta mizerabil din punct de vedere fizic. Am avut multe momente de nelinişte după aceea. Neliniştea creştea o dată cu venirea verii şi îmi reproşam lipsa de responsabilitate. De ce am lăsat un om muribund, în stadiul final al bolii de inimă şi cu multe recăderi ale tahicardiei ventriculară să navigheze peste Atlantic? Aş fi putut să-mi stăvilesc oarecum reacţiile dacă ar fi mers spre sud, dar ei se îndreptau spre nordul îngheţat, spre Islanda... Am început să scanez paginile cu anunţuri mortuare, pe care nu le-am mai citit nici înainte, nici de atunci încoace. Vara trecea greu.

O dată cu venirea toamnei, nerăbdarea mea a crescut. Îmi lipsea curajul să-l sun acasă, dar iată că, într-o zi, am văzut numele profesorului T. pe lista de pacienţi programaţi. Măcar era încă în viaţă. Nu-l omorîsem! Cînd, în fine, a sosit, arăta mai bine decît în ultimii ani. Înfăţişarea lui emblematică, istovită, fusese înlocuită de un ten sănătos, ars de soare şi bătut de vînt, şi părea optimist.

– Profesore T., aţi folosit elicopterul? l-am întrebat.

Scanned with OKEN Scanner

– Da, într-adevăr, veni răspunsul concis.

– O, Doamne, ce greşeală din partea mea să vă las să plecaţi!

Fără să-l las să răspundă, am continuat:

– Edemul pulmonar a fost grav?

El m-a privit perplex.

- Da, am folosit un elicopter, dar nu numai pentru mine, a explicat el.

- Mai erau şi alţi cardiaci pe navă sau a avut loc un accident? am întrebat eu, neîncrezător.

- Nici una, nici alta. Nava a fost prinsă într-un imens sloi de gheaţă. Nu aveam cum să ieşim de-acolo. După ce am făcut plajă vreo săptămînă, echipajul m-a rugat să chem elicopterul ca să se poată întoarce fiecare la serviciu. Mi-au fost recunoscători pentru prevederea mea.

Aceasta avea să fie ultima lui vizită. Profesorul T. a murit cîteva luni mai tîrziu, exact la doisprezece ani după primul atac de inimă. A fost o experienţă tristă, arătînd cît de slabă este puterea de prognostic a doctorului cînd se confruntă cu voinţa umană.

Relatez aceste istorii nu doar ca să accentuez valoarea optimismului şi a certitudinii, dar şi că medicina trebuie să navigheze prin ape încă inexistente pe hartă. Mulţi cred că, dacă trăim în epoca ştiinţei, medicina a încetat în mare parte să bîjbîie. Nu avem decît să selectăm testele corecte şi printerul computerului ne va indica diagnosticul exact, pentru care, desigur, există remediul eficace. Numai de-ar fi aşa! Nu sunt convins că va fi vreodată atît de simplu. Aşa-zisele adevăruri medicale sunt aproximări biologice; datele rezultate şi prognozele sunt statistice, iar aplicarea lor la un anumit pacient este, de fapt, o alegere între diverse opţiuni manageriale. Un medic experimentat ştie că, mult prea frecvent, ştiinţa nu are răspunsuri pentru majoritatea problemelor clinice.

Scanned with OKEN Scanner

În vindecarea pacientului, medicul e ghidat de experiență, de amintirea unui caz asemănător sau de bun-simț. De asemenea, este necesară o anumită smerenie, pentru că orice prescripție sau sfat se datorează, într-o oarecare măsură, conjuncturii. Multe informații medicale au apărut pe baza unor studii epidemiologice asupra unui mare număr de persoane. Un doctor, totuşi, se confruntă cu un individ singular. Nu există nici o certitudine că individualul se potriveşte pe curba de distribuție statistică. Statisticile pot prezenta adevăruri probabile, dar ele ascund sufletele şi obturează individualitățile.

Doctorul, loial chemării lui, sau a ei, solicită certitudine cînd are îndoieli. Totuşi, dubiul nu poate amîna urgența de a trata şi necesitatea de a vindeca. Esența adevăratului profesionalism este de a acționa chiar şi cînd nivelul de cunoştințe este inadecvat. Cura trebuie prescrisă imediat. Durerea nu aşteaptă definitivarea studiilor, adică ani de zile, iar multe probleme clinice sunt unice, excepționale, nemaiîntîlnite de practician şi neînvinse nici de bateriile bubuitoare ale statisticii. Informațiile vor fi adesea slabe şi pacientul le va servi drept cobai, iar cura va trebui inventată dacă nici un tratat nu atinge problema precisă a pacientului. Se ajunge astfel la căutarea unor softuri intangibile care să înlocuiască informațiile inexistente pe hard. Cînd se confruntă cu incertitudinea, medicul trebuie să fie ca un avocat pentru pacient: să-i ia apărarea. Dar avocatura cere grijă. Doar atunci poate medicul să depăşească puțin agonia şi absurditatea deciziei umane.

Scanned with OKEN Scanner

9

Tehnici extraordinare de vindecare

Există o altă dimensiune a medicinei dincolo de incertitudine, dimensiune care derivă din infrastructura ei ştiinţifică. Eu am trăit o perioadă revoluţionară în medicină, o revoluţie în plin galop. Descoperiri ştiinţifice monumentale şi inovaţii tehnice extraordinare au schimbat drastic faţa medicinei. Cînd am intrat la facultatea de medicină, pneumonia era încă o boală fatală, poliomielita un flagel îngrozitor, iar inflamaţia mastoidului – o problemă pediatrică care dădea mamelor multă bătaie de cap.

Nu exista un tratament pentru endocardita bacteriană. Victimele bolilor reumatice şi sifilitice umpleau pavilioanele Spitalului John Hopkins. Chirurgia cardiacă debutase timid. Nu exista un tratament medical pentru persoanele cu disfuncţii – de la şolduri dureroase, pînă la retine dezlipite. Hemodializa era doar un vis. Îngrijirea bolnavilor de rinichi era un coşmar, aceştia zvîrcolindu-se în dureri îngrozitoare fără nici un moment de respiro. Ca şi în multe alte cazuri, noi, doctorii, eram neajutoraţi şi nu ofeream decît vorbe goale pentru a potoli imensa durere. Îmi amintesc de un astfel de pacient care suferea de o boală de rinichi. Negăsindu-l în pat, am început să-l caut şi l-am descoperit spînzurat în toaleta bărbaţilor. Cînd l-am dat jos, am privit supravieţuirea lui ca pe un triumf, în timp ce el mă privea cu o furie de nedescris, suspinînd convulsiv. Încă îmi amintesc vorbele lui: „Nu eşti un doctor! Eşti un… un soldat nazist!“

Scanned with OKEN Scanner

Bolile care pricinuiau multă suferință, precum boala sifilitică localizată la inimă, poliomielita şi banala durere de urechi aproape au dispărut. Cîteva dintre bolile acelor vremuri, ca variola de exemplu, au fost total eradicate. Trăim într-o eră fără precedent în medicină, cu o nouă cultură care îl afectează şi pe doctor, şi pe pacient. Inovațiile terapeutice, aproape miraculoase, sunt îndreptate precis spre diagnostice stabilite la fel de precis. Subiectivitatea nu mai are nici un rol în definirea patologiei. Succesele terapeutice au prea puțin de-a face cu personalitatea, caracterul sau charisma doctorului. Elementul cheie care duce la o rezolvare reuşită e legat de competența profesională a doctorului şi de aptitudinile lui tehnice. Spre deosebire de epoca precedentă, contează prea puțin dacă pacientul are încredere în prescripțiile doctorului. Pneumonia lobară, un fost asasin în masă, este acum vindecată cu antibiotice, indiferent de sentimentele pacientului față de medicul care îi prescrie medicamentul sau de cîtă încredere are el în remediu.

În această eră modernă, intimitatea crescîndă între medicină şi ştiință provoacă iluzia că ele se identifică. Acest lucru îi face pe doctori să minimalizeze importanța comportamentului lîngă patul bolnavului, să neglijeze sensul istoricului bolii şi să diminueze importanța stabilirii unei interacțiuni umane cu pacientul. Accentul se mută de pe vindecare pe tratament, ca şi cum acestea ar face parte din sisteme adverse şi nu complementare.

Datorită revoluției ştiințifice, pacienții se aşteaptă la un tratament instantaneu, oricare ar fi boala. Grija pentru sănătate creşte. Pentru mulți, aceasta a devenit preocuparea supremă şi un subiect de conversație. Mijloacele media anunță noutățile medicale şi angajează corespondenți exclusiv pentru probleme de sănătate. Introducerea tehnologiei pentru sănătate a devenit cea mai mare industrie a acestei națiuni şi cel mai mare drenaj al resurselor sociale. În timp ce oamenii sunt mai sănătoşi şi trăiesc mult mai mult

Scanned with OKEN Scanner

decît în trecut, puterea lor de a tolera durerea s-a redus, iar frica de boală a crescut. Acest lucru se datorează în mare măsură faptului că americanii au parte de îngrijire medicală non-stop. În climatul cultural curent, multe simptome obişnuite sunt văzute adesea ca potenţiale preziceri ale unei boli fatale. Norman Cousins a zugrăvit astfel scena: „Cei mai mulţi oameni cred că vor trăi mereu, pînă dă peste ei o răceală şi încep să creadă că vor muri într-o oră".

Un alt aspect al noului mediu cultural este o demitizare a medicinei ştiinţifice. Într-un sondaj din 1994, realizat de Şcoala de medicină publică de la Harvard, doar 18% dintre intervievaţi erau mulţumiţi de sistemul de sănătate american. Terapiile alternative cîştigă continuu popularitate. Într-un sondaj publicat în *New England Journal of Medicine*, cercetătorii au intervievat 1539 de adulţi vorbitori de limbă engleză, reprezentativi demografic pentru populaţia Statelor Unite. Ei au descoperit că 34% dintre aceştia au folosit, în cursul anului precedent, măcar una dintre terapiile neconvenţionale. Aceste terapii includeau relaxarea, chiropractica, masajul, megadozele de vitamine şi regimurile alimentare, de exemplu cele macrobiotice. Terapiile alternative au fost căutate în principal pentru boli cronice, care nu ameninţă viaţa, cum ar fi durerile de spate, de cap, alergiile şi altele de acest fel. Cei care au apelat mai des la terapiile neconvenţionale au fost persoanele adulte educate, sub vîrsta de cincizeci de ani. Autorii acestui studiu estimau că din cele opt sute treisprezece milioane de vizite anuale făcute de americani pentru control, cel puţin jumătate au fost făcute la persoane care practicau terapii neconvenţionale*.

De ce un număr tot mai mare de oameni preferă terapiile alternative în locul medicinei clasice? Probabil pentru că

---

*D.M.Eisenberg, *Medicina neconvenţională în Statele Unite: răspîndire, costuri şi mod de folosire*, în: „New England Journal of Medicine" nr. 328, 28 ianuarie 1993, pp. 246-252.

Scanned with OKEN Scanner

medicina tradiţională nu are tratament pentru orice fel de indispoziţii care îi deranjează. În prezent, 25% dintre pacienţii care vizitează un doctor sunt trataţi cu succes. Restul de 75% au probleme pe care medicina ştiinţifică le consideră dificil de rezolvat. După ce au fost plimbaţi între o mulţime de specialişti şi au fost supuşi la tehnologii costisitoare şi invazive, mulţi pacienţi, simţindu-se frustraţi, întorc spatele medicinei convenţionale. Importanţa acestor terapii a fost demonstrată cînd Congresul SUA a încredinţat Institutului Naţional de Sănătate înfiinţarea unei secţii destinate cercetării în medicina alternativă. Aceasta a fost însărcinată să investigheze o serie de probleme, de la vindecarea cu ajutorul autosugestiei pînă la homeopatie, acupunctură, fitoterapie etc.

În activitatea mea de cardiolog am constatat că cel puţin jumătate din problemele pacienţilor mei nu sunt legate de starea inimii, ci de stres. Am aflat că puţini pacienţi caută terapii alternative dacă medicii lor pun accentul pe vindecare, pe lîngă folosirea instrumentelor ştiinţifice performante aflate la dispoziţia lor. Vindecarea şi îmbunătăţirea stării de bine a pacientului cer adesea imaginaţie pentru găsirea acelor abordări care să diminueze disconfortul şi să uşureze simptomele. Adesea, un medic trebuie să recurgă la tehnici neconvenţionale pentru a îmbunătăţi starea de sănătate a pacientului. Acestea nu se predau la facultatea de medicină, dar sunt descoperite prin experienţa clinică şi aplicate cu bun-simţ.

Pe vremea cînd eram doar un învăţăcel, am văzut că Samuel Levine nu se sfia să sperie pacienţii pentru a-i face să-şi schimbe un stil de viaţă nesănătos. Pentru cei cu dificultăţi de respiraţie instala un cort care înconjura patul bolnavului, asigurîndu-i un microclimat răcoros, umed şi îmbogăţit cu oxigen. Strecurîndu-se între graniţele strîmte ale acelui cort, Levine îşi apropia faţa de cea a pacientului. Atingîndu-i nasul cu degetul arătător, el pronunţa silabă cu silabă, ca şi cum ar fi rostit o incantaţie: „Dacă mai fumezi

Scanned with OKEN Scanner

şi după acest atac de inimă, o să mori". Şi ieşea din cortul cu oxigen fără să mai spună ceva. Atît de puternică era vraja rostită, încît n-am mai auzit de la pacient să se mai fi expus ameninţării fumatului, ba unii au mers atît de departe, încît evitau şi compania celor care fumau.

Amintesc din nou cuvintele doctorului siberian: „De fiecare dată cînd un doctor vede un pacient, acesta se simte mai bine". Cînd vizitez în spital un pacient în fază terminală şi nu pot face prea multe ca să schimb deznodămîntul, îmi amintesc de cuvintele solidului medic siberian. Atunci întorc perna umedă şi pătată pe care se odihneşte capul pacientului, pentru ca el să se odihnească pe o suprafaţă moale şi curată. După ce ies din cameră, pacientul o întreabă uneori pe infirmieră: „Cine era acest doctor drăguţ?" De cît de puţin e nevoie uneori ca să faci pe cineva să se simtă mai bine! Cîteodată o cît de mică atenţie îi poate părea extraordinară unui pacient şi îi poate uşura suferinţa.

Visînd la o omletă

Domnul H. era un profesor de vreo cincizeci şi cinci de ani, amabil, atent şi nepretenţios. Îl preocupa mult sănătatea lui, lucru de înţeles, mai ales că avusese atît de des de-a face cu doctorii. De la o febră reumatică din copilărie rămăsese cu valvele inimii bolnave, în special valva mitrală, uşor stenozată. Aceasta se deschide spre ventriculul stîng, camera cea mai importantă a inimii, iar cînd această valvă este îngustată, sîngele vine înapoi, congestionînd plămînii. Deşi era tînăr, domnul H. a trebuit să suporte o operaţie la valva mitrală, care din fericire a fost reparată cu bine şi şi-a putut continua viaţa fără complicaţii. Dar a contractat o endocardită bacteriană. Pentru această inflamaţie periculoasă a inimii şi a valvelor a fost tratat şase săptămîni cu antibiotice administrate intravenos. Infecţia i-a distrus valva şi a trebuit

Scanned with OKEN Scanner

să facă o altă operație. A fost o operație dificilă, dar după aceea s-a simțit bine.

În mod surprinzător, deşi avea multe alte lucruri pentru care să-şi facă griji, pe el îl peocupa colesterolul. Deşi nu avea factori de risc pentru bolile coronariene, iar arterele lui erau normale, ținea un regim fără grăsimi animale.

– Soția mea e foarte severă. Vrea să fie sigură că nici un dram de colesterol nu-mi pătrunde în gură.

Cînd l-am văzut de Crăciun, l-am întrebat ce şi-ar dori cel mai mult în noul an. Fără ezitare, mi-a răspuns ca şi cum se gîndise mult la asta:

– Visez la o omletă...

Şi a continuat:

– Nu am mîncat o omletă de zece ani. Soția îmi zice că asta e otravă pentru mine, din cauza inimii.

I-am explicat că această problemă pe care o avea el nu impunea o foarte riguroasă evitare a grăsimilor.

– Ca dovadă, vă prescriu acum o omletă, o dată pe săptămînă, întotdeauna duminica. Ca să fim siguri că soția dumneavoastră o să vă creadă, îi scriu o scrisoare care să însoțească prescripția: o omletă din două ouă, o dată pe săptămînă.

La vizita următoare, strălucea de fericire:

– Aştept duminica mai mult ca niciodată. Doctore, e cel mai bun dar pe care l-am primit în ultima vreme.

Medicina complementară şi acupunctura

Acupunctura este o tehnică medicală alternativă, folosită de obicei pentru probleme dificile de sănătate. Cuvîntul „acupunctură" îmbină magia chineză cu dispariția instantanee a oricărei dureri. Originile ei se pierd în antichitate, dar se ştie că era întrebuințată în timpul fabuloşilor Împărați Galbeni. Huang Ti, care se presupune că a trăit în jurul anului

Scanned with OKEN Scanner

2650 înainte de Hristos, este pomenit în cele mai timpurii texte de medicină cunoscute: *Nei Ching* sau *Medicina Internă,* scrisă de mai mulţi savanţi din secolul al III-lea şi al II-lea înainte de Hristos. Lucrarea a fost cunoscută în vest în secolul al XVII-lea prin intermediul misionarilor iezuiţi trimişi la Beijing. Totuşi nu i s-a acordat o prea mare atenţie pînă în urmă cu cincizeci de ani, cînd sinologul şi diplomatul francez Soulié de Morant a publicat un tratat extins asupra acestei practici.

Acupunctura se bazează pe un sistem filozofic ce deriva din vechea învăţătură taoistă. Principiul esenţial priveşte lupta între contrarii, *yin* şi *yang*, care constituie baza universului şi a tot ce există (vezi David Eisenberg, *Encounters with Qi: Exploring Chinese Medicine* [Întîlnirea cu Qi: Explorarea medicinei chineze] New York, Norton Press, 1985]. Boala este prezentată ca un dezechilibru între aceste forţe contrarii, totuşi complementare şi legate indisolubil. În interiorul unităţii acestor opoziţii se află ubicuul *ch'i* (qi), care dă vieţii vitalitatea sa. Sănătatea unui individ depinde de echilibrul corect al lui *ch'i,* iar boala este consecinţa diminuării sau abundenţei de *ch'i.* Acupunctura vizează reechilibrarea balanţei şi curgerea normală a acestei substanţe eterice.

Corpul este ca o perniţă de ace pentru aproape o mie de puncte de acupunctură, care formează un model topografic pe suprafaţa corpului. Liniile care unesc o serie de puncte asociate cu un anumit organ sunt denumite meridiane; ele se întind din creştetul capului pînă în vîrful degetelor şi sunt căile pe care curge acest *ch'i* mitic.

Deşi este o metodă importantă de vindecare, veche de peste cinci mii de ani, acupunctura nu a fost niciodată menţionată de-a lungul studiilor mele medicale. Totuşi, la începutul activităţii mele, întîlnind pacienţi care mizau pe ea şi fiind intrigat de ideea că înfigerea şi răsucirea unor ace în anumite puncte misterioase din piele se poate dovedi terapeutică, am citit cele cîteva lucruri disponibile pe atunci

Scanned with OKEN Scanner

în limba engleză. Dar asta nu a dus la o convertire. M-au îndepărtat afirmaţiile pretenţioase care atribuiau acupuncturii eficacitate pentru orice indispoziţie imaginabilă, inclusiv acneea, bronşita, diabetul, epilepsia, hipertensiunea, impotenţa, infertilitatea, migrena şi miopia, la fel ca şi nefrita, sciatica, ulcerul şi multe altele. Ca şi ochiul de şarpe din vechime, nimic nu era în afara domeniului ei atotputernic.

M-a tulburat absenţa oricărei raţiuni anatomice sau fiziologice. De exemplu, în ceafă, la joncţiunea cu craniul, se află un punct pentru vezica biliară, în timp ce la încheieturile mîinilor există puncte pentru plămîni. Depresia este prezentată ca o boală a ficatului, în timp ce teama este o boală a rinichilor, iar ambele vor răspunde la înţeparea punctelor de-a lungul respectivelor meridiane. Mi s-a părut imposibil de crezut că înfigerea unui ac în picior poate îmbunătăţi funcţionarea ficatului, deci o stare morbidă de depresie. La fel de incredibil mi s-a părut şi faptul că evidenţa obiectivă susţinînd eficacitatea acupuncturii lipsea încă după atîtea milenii. Medicina a ieşit, cu mari dificultăţi, din mlaştina subiectivismului şi puţini sunt gata să înlocuiască o anumită cuprindere a ştiinţei cu prezicerile incerte adunate din frunzele de ceai şi din poveştile folclorice.

Scepticismul meu a fost totuşi învins de o întîlnire personală cu acupunctura. În copilărie, pe cînd mă dădeam pe tobogan, m-am rănit serios la spate şi mai tîrziu, prin anii '60, am avut severe dureri de spate şi crize de sciatică. Tratamentul convenţional prevedea perioade întinse de odihnă strictă la pat, fiind imobilizat uneori chiar şi şase săptămîni. Incapabil să mă lupt cu neprevăzutul şi cu invaliditatea periodică şi începînd să am deficienţe neurologice, am suportat o operaţie de hernie de disc. Tratamentul a durat aproape cinci ani. Apoi, deşi durerea mai apărea uneori, nu mai presupunea lungi perioade de inactivitate.

În 1973, am fost membru al unei delegaţii de cardiologi americani în China. Grupul, condus de dr. E. Grey Dimond

Scanned with OKEN Scanner

din Kansas City, era format din opt specialişti în domeniu. Eu am zburat din Boston direct la Canton, cu scurte escale la Seattle şi la Tokyo. Ajuns la Canton la capătul unui zbor lung şi chinuitor, am început să am dureri de spate care m-au făcut curînd indisponibil. Chiar pe saltelele moi din hotelul chinezesc mă simţeam ca pe roata de tortură. Singura uşurare era să stau întins pe podea atunci cînd nu era nimeni prin preajmă. Colegii mei americani, deşi erau autorităţi medicale în domeniul cardiologiei, nu aveau nici cea mai mică idee despre ce se putea face cu durerile mele chinuitoare. Cel mai bun remediu pe care mi l-au putut oferi a fost Tylenol şi codeină, pe care unul dintre ei le adusese, preventiv, împotriva unei eventuale dureri de dinţi.

De disperare, am recurs la gazdele mele, chinezii, care, bucuroşi să poată fi de ajutor, au aranjat pentru mine un tratament tradiţional pentru durerile de spate. Am fost dus la un institut de medicină tradiţională. Acolo m-am dezbrăcat pînă am rămas în chiloţi, iar după ce am făcut un fel de istoric al bolii, au apărut doi bărbaţi masivi, părînd luptători de sumo japonezi. Fiecare m-a înhăţat de cîte un picior, părînd că acţionează în unghiuri drepte unul faţă de celălalt. Durerea a fost dintre cele mai cumplite pe care le încercasem; mă simţeam de parcă aş fi fost tăiat în două. Cînd m-au slăbit un moment, am sărit de pe masă, spunînd că m-am vindecat. Întors la hotel, chinurile au fost mai mari ca niciodată. Văicărindu-mă de durerile care nu mai treceau şi pentru care narcoticele aduse de chinezi nu-mi aduceau nici o uşurare, am rugat să mi se facă acupunctură.

Au adus un bărbat micuţ, fragil şi care nu-mi producea nici o impresie. M-a răsucit cu faţa în jos şi mi-a înfipt un ac lung şi subţire în partea de jos a spatelui. Nu am simţit nimic atunci cînd a învîrtit acul. Dezamăgit că nu a obţinut nici o senzaţie, a reintrodus acul, se pare, în acelaşi loc. M-am plîns de o greutate şi o gîdilătură, iar muşchii fundului meu păreau să reziste rotaţiei acului. Doctorul a fost mulţumit de senzaţia

Scanned with OKEN Scanner

mea şi a mormăit ceva care semăna cu „deci". Am aflat mai tîrziu că „de-chi" înseamnă „a obține *ch'i*", a pune în mişcare energia vitală *ch'i*. După cîteva minute, mi-a sugerat să mă ridic şi să merg. Am refuzat categoric. Spre uimirea mea, durerile pe care le avusesem pînă atunci începeau să scadă în intensitate, iar eu nu aveam de gînd să le intensific iar angajîndu-mă în experimente temerare ca...mersul. Mai mult, doream să mă bucur de lipsa durerilor.

Terapeutul continua să insiste să mă ridic. M-am ridicat fără să fiu ajutat şi am făcut cîțiva paşi fără dureri prea mari. În timp ce cu cîteva minute în urmă mi se părea că un vătrai încins este ținut lîngă nervul meu sciatic, acum simțeam doar o amorțeală şi o uşoară înțepenire. Dar în vreme ce fizic mă simțeam bine, psihologic eram în stare de şoc. Omulețul a venit din nou în ziua următoare şi, pe lîngă acupunctură, mi-a mai făcut şi executat şi o *moxibustie,* aprinzînd un bastonaş de ierburi, un bastonaş chinezesc strălucind ca un cărbune fierbinte, pe care l-a apropiat de pielea mea în locul unde înainte înfipsese acul. Această procedură a avut ca rezultat o îmbunătățire a capacității mele de a merge, de data asta fără dureri. În trecut, dată fiind gravitatea simptomelor, ar fi fost nevoie de o lună sau chiar mai mult de repaus la pat ca să dobîndesc o oarecare uşurare a durerilor. Acum, după trei zile puteam să merg fără nici un fel de durere. După o săptămînă, m-am urcat pe Marele Zid chinezesc şi n-am avut nici o problemă în timpul zborului de întoarcere de la Hong Kong la Boston. Timp de aproape un an nu m-a mai durut spatele.

Aş fi fost sceptic dacă mi-ar fi povestit altcineva despre un asemenea tratament miraculos, dar acest lucru mi se întîmplase mie. Or eu eram o persoană uşor influențabilă, ori exista un merit obiectiv al acupuncturii. După cum era de aşteptat, am ales ultima variantă, amintindu-mi de vorbele Sf. Augustin: „Nu există miracole, ci doar legi necunoscute". Nu m-am mai gîndit la acupunctură ca la „şarlatano-punctură", ci am început să caut explicații ştiințifice.

Scanned with OKEN Scanner

În China am avut ocazia să văd ceea ce se numeşte anestezie prin acupunctură atît în clinicile de tip european, cît şi în cele tradiţionale. Preşedintele Mao spunea „Medicina şi farmacologia chineză sunt o mare comoară şi ar trebui făcute eforturi ca să le ridicăm la un nivel mai înalt". Se referea la acupunctură, fitoterapie şi masaj. Vizita noastră a avut loc în toiul „marii revoluţii culturale proletare". Orice indicaţie a lui Mao era un ordin. O cît de mică ezitare în a o îndeplini cu entuziasm era un motiv suficient pentru închisoare sau pentru condamnare la muncă forţată în regiuni îndepărtate, ba chiar mai rău. Era deci o perioadă de prosperitate pentru acupunctură, meritele acesteia fiind mereu înfrumuseţate cu reclame extravagante ce prezentau tratamente miraculoase remarcabile.

Dincolo de senzaţionala publicitate ideologică, era totuşi impresionantă eficacitatea ei în diverse operaţii chirurgicale, ca substitut al anesteziei. Am văzut operaţii efectuate pe pacienţi lucizi, cărora li se făcuse acupunctură: tiroidectomii, extirparea unor tumori cerebrale şi operaţii pe inimă. Să asist la repararea unei găuri în inimă a fost cea mai chinuitoare experienţă pentru mine. Pacientul, un tînăr de douăzeci de ani cu un defect ventricular septal, a intrat în sala de operaţie a spitalului principal din Shanghai. După ce a dat mîna cu fiecare dintre vizitatorii americani, el s-a întins pe masa de operaţie. Camera era aproape goală, cu excepţia unui rezervor de oxigen, a unui sfigmomanometru şi a unei pompe de oxigen cu aspect primitiv. Pacientul a fost acoperit pentru operaţie, i s-a făcut o injecţie intravenoasă şi i s-a instalat în nas un tub subţire pentru oxigen. Cîteva ace de acupunctură i-au fost introduse în lobul urechii şi în încheietura mîinii stîngi. După vreo cincisprezece minute părea pregătit.A fost conectat atunci la o veche maşină de bypass, ca să i se asigure pomparea exterioară a sîngelui.

Chirurgul era extraordinar de abil şi de rapid. Într-o clipă a deschis cutia toracică şi a fibrilat electric inima, ca să-i

Scanned with OKEN Scanner

oprească contracţiile. Fibrilaţia ventriculară este un ritm haotic ultrarapid, în timpul căruia inima nu mai pompează sîngele, dînd posibilitatea chirurgului să lucreze liniştit. Iar în absenţa unui dispozitiv care să asigure pomparea sîngelui din exterior, pacientul ar muri în cîteva minute.

Stînd la capătul mesei de operaţie, am putut să observ faţa pacientului. Întreaga scenă era stranie şi părea total ireală pentru cei pregătiţi în medicina vestică. De cîteva ori în timpul operaţiei, pacientul a deschis ochii şi a vorbit, deşi nu avea nici o contracţie cardiacă. Un distins chirurg american stătea lîngă mine şi mă întreba întruna: „Vezi şi tu ce văd eu?" Apoi mi-a şoptit că suntem supuşi unui truc chinezesc de hipnoză în masă. Pacientul a gemut doar de două ori, de fiecare dată cînd chirurgul întîlnea o sîngerare excesivă care îl împiedica să închidă rapid rana. Cum pacientul era acoperit ca pentru operaţie şi nu putea să vadă ce se petrece în cavitatea lui toracică, iar medicul rămînea liniştit, mi-am închipuit că i se dădeau indicii pacientului ciupindu-l. Cînd chirurgul a avut situaţia sub control, pacientul s-a relaxat şi el. După ce operaţia s-a încheiat şi ei au început să închidă toracele, mă întrebam cum aveau să restabilească ritmul cardiac normal, fiindcă nici un defibrilator cardiac nu se vedea în sala de operaţii. După ce cutia toracică a fost închisă, au adus în sală un defibrilator clasic, care nu se deosebea cu nimic de cel pe care îl introdusesem eu cu un deceniu în urmă (v. cap. 13). Au plasat padelele-electrozi pe peretele toracic şi au eliberat o descărcare electrică, restaurînd instantaneu un ritm normal. Doctorii şi infirmierele s-au aliniat în faţa mea, s-au înclinat şi au spus: „Mulţumim pentru că slujiţi oamenii". Pacientul s-a ridicat, a dat din nou mîna cu fiecare, s-a aşezat într-un scaun cu rotile şi a fost dus în camera de refacere.

În anii care au urmat, chinezii au admis că acupunctura nu este un substitut efectiv al anesteziei în toate cazurile. Ea nu mai este utilizată pentru operaţiile ginecologice sau abdominale, iar destule persoane nu suportă această

Scanned with OKEN Scanner

procedură. Totuşi, este o tehnică remarcabilă pentru diminuarea durerilor. Uimit de felul cum acţionează, am vizitat Institutul din Shanghai de medicină tradiţonală chineză, un centru de pionierat pentru cercetările în acupunctură. Acolo am găsit confirmarea faptului că acupunctura poate acţiona ca agent analgezic. Am fost martor la un experiment care ar fi şocat sensibilitatea multora.

Un iepure era legat într-un suport, imobilizat complet, cu excepţia capului. În faţa nasului iepurelui se afla fixat un cărbune încins. Cînd un reostat electric era pus în funcţiune, cărbunele se înroşea. În cîteva secunde, iepurele întorcea capul de la obiectul fierbinte. Experienţa a fost repetată identic de mai multe ori. Apoi cîteva ace de acupunctură au fost înfipte în picioarele de dinapoi ale iepurelui, legate la un stimulator electric. De data asta, cînd cărbunele din faţa nasului s-a înroşit, capul iepurelui nu s-a mai întors. Urmăream cu neîncredere şi cu oroare cum vîrful nasului lui începe să se carbonizeze şi devine negru, simţind un miros pătrunzător de carne arsă. Acest experiment unic, dar decisiv, mi-a alungat toate îndoielile pe care le aveam în privinţa acupuncturii şi a calităţii sale de analgezic.

Dar cum poate acupunctura să îndepărteze durerea? Savanţii chinezi au oferit cîteva explicaţii. Una dintre ele este legată de mecanismele de control ale influxului nervos de la nivelul măduvei spinării, care îl pot bloca cînd stimuli foarte puternici pătrund în reţea. Potrivit acestei teorii, stimulul acupuncturii este ca lumina roşie din trafic, oprind informaţia dureroasă sosită la terminaţiile nervilor periferici şi prevenind ca aceste mesaje dăunătoare să ajungă la creier. O altă explicaţie oferită a fost aceea că acupunctura eliberează neuropeptide în sînge, ceea ce anihilează percepţia durerii. În susţinerea celei de-a doua teorii a venit descoperirea că transfuzia de sînge de la un animal care a fost tratat prin acupunctură la un alt animal a ridicat pragul durerii pentru al doilea, chiar dacă acesta nu fusese înţepat.

Scanned with OKEN Scanner

Doctorul David Eisenberg, care a studiat cu atenție medicina tradițională chineză, a concluzionat că „există suficiente evidențe științifice că acupunctura poate, predictibil și reproductiv, să altereze percepția durerii la animale și la oameni". El a sugerat că ușurarea durerii poate fi datorată eliberării de endorfine, substanțe asemănătoare cu opiul. Într-adevăr, chinezii au evidențiat cazuri de dependență la acupunctură.* Astfel de indivizi dependenți au avut simptome de tip sevraj: greață, dureri abdominale și dureri de cap, atunci cînd nu mai erau tratați prin acupunctură. Simptomele s-au atenuat cînd acupunctura a fost reluată, sugerînd că ea stimulează creierul să producă neuromediatori, ca endorfinele sau encefalina, potențiali creatori de dependență.

Experiența mea personală cu acupunctura și observațiile pe care le-am făcut în timpul celor cîteva călătorii în China au ridicat profunde întrebări în domeniul neurobiologiei și al psihobiologiei. Dacă stimularea unui nerv subcutanat poate bloca complet fluxul nervos dureros, astfel încît craniul sau coșul pieptului pot fi deschise fără anestezie, ar putea exista la nivelul suprafeței corpului agenți care să altereze percepția sau interpretarea de către creier a senzațiilor fizice. Pot fi activați aceștia prin alte mijloace decît penetrarea pielii? Faptul că masajul și presopunctura sînt, de asemenea, eficace sugerează că acele și înțepăturile ar putea să nu fie necesare.

Oare acupunctura și placebo se întîlnesc în domeniul neurofiziologiei? Acțiunea medicamentelor placebo este o problemă importantă în terapie. De ce o simplă pilulă învelită în zahăr poate schimba cele mai intime funcții ale corpului? Într-adevăr, nimeni nu poate fi niciodată sigur că un efect atribuit unui medicament nu se datorează, parțial sau integral, unui efect placebo. Ca și medicamentele adevărate, placebo poate induce serioase reacții adverse. Potrivit doctorului

* V. D.Eisenberg, *op.cit.*, p.118.

Scanned with OKEN Scanner

Herbert Benson, descoperitorul reacției de răspuns, eficiența unui placebo implică trei elemente majore: încrederea și așteptările pacientului; încrederea și așteptările doctorului și, în fine, relația doctor – pacient. Aceste relații sunt cele care operează în multe din terapiile alternative.*

Adesea eu însumi aplic metode folosite de terapiile alternative în tatarea cazurilor la care nu găsesc răspunsuri științifice sau îndrumări în literatura medicală. Dar nu putem merge totdeauna după carte. Însușirile unice ale fiecărui om pot face ca ceea ce a dat rezultate pentru unul să nu aibă eficacitate pentru altul. Cîteodată, măsurile ieșite din tipare au succes. Este însă improbabil ca un internist de azi să recurgă la hipnoză, mai curînd el ar îndruma pacientul spre un psiholog experimentat. Această epocă a litigiilor ar putea să-i deschidă doctorului care aplică o procedură nouă și care nu a fost îndeajuns testată un drum plin de sancțiuni și de consecințe dezastruoase. Teama de litigii îl face pe medic ezitant, circumspect și, de aceea, de multe ori ineficient.

Sughițul și hipnoza

Spre sfîrșitul anilor '50 am fost chemat să văd un medic din Virginia de Vest care fusese internat în secția de boli cardiovasculare de la Spitalul Peter Bent Brigham. Era o consultație de rutină. Doctorul E.W. era un afro-american depresiv, prestigios și zbîrcit, care părea mult mai în vîrstă decît cei cincizeci și trei de ani pe care îi avea. El era programat pentru o toracotomie din cauza unei leziuni în partea de jos a plămînului stîng. Era suspectat de cancer pentru că fumase cîte trei pachete de țigări pe zi în ultimii treizeci de ani. Aceasta se petrecea înainte ca metodele elegante de azi să permită diagnosticarea definitivă a cancerului fără să se facă apel la chirurgie. Totuși, cel mai

* V.D. Eisenberg, *op. cit.*, p. 12.

Scanned with OKEN Scanner

şocant aspect era sughiţul frecvent şi de nepotolit care îi scutura silueta prelungă şi istovită. Spasmele, care se petreceau doar cînd era treaz, îl făceau să se bîlbîie şi nu putea mînca din cauza lor.

În ultimii doi ani, doctorul W., cît timp era treaz, nu avusese nici un moment de linişte din cauza sughiţului. Vizitase mai multe centre medicale în căutarea inutilă a unei vindecări, dar nici unul din remediile prescrise nu-i adusese uşurarea. Fusese chiar supus unei operaţii de scurtare a nervului frenic stîng, ceea ce a dus la paralizia parţială a diafragmei. În afară de faptul că îl făcea să-şi piardă respiraţia cînd expira, această drastică procedură nu i-a întrerupt sughiţul continuu. Din cauza unei încercări de sinucidere fusese internat, pentru îngrijire psihiatrică, la Spitalul Massachusetts Mental Health, unde o examinare de rutină cu raze X a evidenţiat o excrescenţă pe plămîn. Starea lui fiind considerată gravă, a fost adus la spitalul nostru. Pierderea a treizeci de kilograme în greutate, o anorexie severă şi sughiţul erau suspectate ca fiind rezultate ale cancerului metastazat.

N-am văzut niciodată o fiinţă umană arătînd atît de tristă. Mă deprima să văd că în aceste zile, în această epocă, medicina modernă putea să fie învinsă de un... sughiţ. În nota mea medicală mi-am exprimat certitudinea că situaţia va putea fi rezolvată, speculînd că leziunea plămînului era benignă şi doar rezultatul imobilităţii diafragmei stîngi.

Întorcîndu-mă dintr-o călătorie, cîteva zile mai tîrziu, asistentul meu, care făcea studii postdoctorale la clinică, mi-a sugerat să-l vedem pe doctorul W., care părea că devenise responsabilitatea mea. Asistentul mi-a dat de înţeles că pacientul fusese transferat în secţia mea de către chirurgi, care nu voiau să fie încărcaţi cu o problemă greu de tratat, mai ales de cînd fusesem proclamat ca „expert în sughiţuri". Consternarea mea a crescut mai ales după ce am recitit fişa voluminoasă a doctorului W. Fuseseră încercate toate tratamentele pentru sughiţ cunoscute, de la zahărul pus sub

Scanned with OKEN Scanner

limbă şi pînă la inhalarea de vapori de oxid de azot, de la mirosirea usturoiului şi pînă la un şir de remedii exotice, toate fără rezultat. Nici măcar secţionarea nervului frenic, o disperată încercare de a-i uşura situaţia, nu dăduse roade.

Supărarea mea a crescut şi s-a transformat în panică atunci cînd am realizat că nu eram un „expert în sughiţ" şi că nu aveam ce să sugerez pe lîngă tot ceea ce fusese deja încercat. De fapt, nu avusesem de-a face niciodată cu o astfel de problemă. Ce puteam să fac pentru acest om, aşa demoralizat şi lipsit de putere cum era? Doctorul W. arătase, în propoziţii sacadate, că suferă îngrozitor şi că dacă nu puteam să oprim sughiţul, el nu mai voia să trăiască. Acesta îi distrusese căsnicia, îl făcuse să piardă cabinetul şi îl lăsase invalid şi sărac.

În zilele următoare, nimic nu m-a preocupat mai mult decît blestematul lui de sughiţ. Cercetarea literaturii medicale nu m-a ajutat. Un gînd revenea mereu, repetîndu-se întruna, ca atunci cînd acul fonografului este prins în şanţul unei înregistrări: dacă sughiţul se datora unui cancer care îi irita plexul nervos, cum de se oprea în timpul somnului? Dacă în timpul somnului omul nu sughiţa, atunci probabil că problema lui era rezultatul unei disfuncţii mai curînd decît a unei leziuni organice. Era o observaţie plină de speranţă. Ar putea fi imposibil să determinăm cauza, dar am putea induce o stare de relaxare cu acelaşi efect de uşurare ca în timpul somnului. Apoi, evrika! Oare sugestia posthipnotică ar putea fi o abordare utilă? Nu era de fapt o direcţie neaşteptată, dat fiind că în anul precedent lucrasem cu un grup care studia consecinţele cardiovasculare ale stresului cronic, indus prin sugestie posthipnotică.

Nelăsîndu-mă descurajat de faptul că hipnoza nu mai fusese aplicată la sughiţurile intratabile, am cerut ajutor unui psiholog strălucit, dr. Martin Orne, de la Spitalul Massachusetts Mental Health. Deşi foarte tînăr, era deja recunoscut ca o autoritate în hipnoză şi îl cunoşteam bine, căci se implicase în investigaţiile noastre anterioare. Cînd l-am

Scanned with OKEN Scanner

sunat să-i relatez situaţia clinică, Orne a confirmat că hipnoza este un demers terapeutic rezonabil într-un astfel de caz.

– L-ai putea vedea azi după-amiază? l-am întrebat.

– Nu se poate. M-ai prins tocmai cînd plecam la aeroport.

– Bine. Omul sughiţă de vreo doi ani, aşa că o zi-două în plus nu mai contează, am răspuns eu. Dezamăgirea mea s-a transformat în disperare cînd mi-a spus că pleacă în California pentru şase săptămîni.

– Ce mă fac atunci? l-am întrebat disperat.

Orne, cu prodigiosul său accent german, mi-a răspuns că aş putea să o fac şi fără ajutorul lui.

– E simplu. Îl vei hipnotiza pe dr.W. aşa cum m-ai văzut pe mine făcînd timp de un an. Nu vei avea nici o problemă.

Apoi mi-a dat cîteva instrucţiuni simple în arta hipnozei, atrăgîndu-mi atenţia să nu menţionez cuvîntul „sughiţ" în timp ce pacientul este sub hipnoză. Mi-a urat noroc şi m-a lăsat să mă descurc singur.

A doua zi am atîrnat pe uşa doctorului W. afişul cu: „Nu deranjaţi. Terapie în curs de desfăşurare". Rareori am fost atît de îngrijorat. Evident că habar n-aveam ce am de făcut, dar nu puteam să dau înapoi. Mi-a fost uşor să-l hipnotizez pe dr.W. Era un subiect pregătit, binevoitor şi profund motivat. Dar cum maestrul meu în hipnoză nu îmi permisese să pronunţ cuvîntul „sughiţ" , eu murmuram întruna: „Eşti relaxat, foarte relaxat, foarte-foarte relaxat". Acest soi de mantre budiste m-au făcut pe mine foarte somnoros, dar n-au avut nici un efect asupra sughiţului. Nu părea să se întîmple nimic. Şedinţa, care dura cam de douăzeci de minute, a fost reluată în fiecare dimineaţă. Zi după zi, disperarea mea creştea, dar nu era nici o schimbare în frecvenţa sughiţurilor. Între timp, cînd apăream la şedinţă, infirmierele mă gratulau cu murmurări stranii, priviri furişe şi chicoteli. Fără îndoială că se întrebau ce se întîmplă în spatele uşii închise.

Scanned with OKEN Scanner

Într-o zi mi-a venit ideea să-l rog pe doctorul W. să țină numărătoarea zilnică a sughițurilor. Era o cerere destul de ciudată, dar era un plan în spatele acestei aparente nebunii. I-am dat un carnet de notițe și i-am sugerat o metodă de a ține socoteala. Înainte să-l hipnotizez, îl întrebam care fusese *numărul* din ziua respectivă. (În prima zi fuseseră 43 657, de exemplu.) Astfel, cînd el era sub hipnoză, puteam să fac aluzie la problemă fără să rostesc cuvîntul interzis. Înainte de terminarea ședinței, îi sugeram ca în ziua următoare *numărul* să fie sub 40 000. Și ziua se lungea interminabil, pînă la următoarea vizită.

A doua zi, chiar înainte să mă așez, întrebarea mi-a venit pe buze:

– Care a fost *numărul* de astăzi? Întrebarea suna solemn, trădîndu-mi îngrijorarea. Doctorul W. mi-a răspuns, fără emoție, că era 38 632. Abia m-am putut stăpîni. Din moment ce sughițurile scădeau cu aproape 5000 pe zi, am decis să țintesc spre o astfel de reducere în fiecare zi. Încă nu eram gata să declar victoria, dar pentru prima oară exista o luminiță la capătul unui tunel lung și întunecat. În următoarea ședință de hipnoză am sugerat:

– Mîine *numărul* va fi mai mic de 34 500. Într-adevăr, în ziua următoare era 34 289. În fiecare zi reduceam numărul cu 5000 și, de fiecare dată, sughițurile scădeau cu exact această sumă.

Cînd am coborît spre 15 000, îmbunătățirea era notabilă, iar doctorul W. era mai optimist. Pentru prima oară zîmbea chiar din cînd în cînd. Am început să vorbim despre întoarcerea lui acasă și să adunăm piesele vieții sale zdrobite.

Apoi, cînd am ajuns la 5000, am încetinit tempoul. Mai tîrziu, el comenta că, în trecut, călătoria cu automobilul făcea ca sughițul să fie intolerabil. Dar acum se afla deja la zero și i-am sugerat, în timpul ședinței, ca *numărul* să rămînă zero. Am făcut o plimbare cu automobilul meu și nu a sughițat nici măcar o dată. Doctorul W. a recunoscut că era vindecat și că era timpul să se întoarcă acasă.

Scanned with OKEN Scanner

Această ispravă mi-a luat mai mult de trei săptămîni, timp în care am fost într-o stare de anxietate de nedescris. Mă întrebam întruna de ce mă complac în acest tip de idioţenii, complet în afara domeniului meu, devenind bătaia de joc a colegilor şi subminîndu-mi cariera medicală? Nu mă temeam că voi fi acuzat de malpraxis, dar îmi era clar că într-acolo mă îndreptam. Aceasta a fost prima şi ultima oară cînd m-am îndeletnicit cu hipnoza, în mare parte datorită faptului că n-am mai întîlnit o problemă similară. Voi mai proceda eu astfel, voi mai face aşa ceva? Probabil că da.

Un doctor face parte din două culturi – cea dominantă, a ştiinţei, şi a doua, arta vindecării, care este indispensabilă pentru succesul deplin al ştiinţei. În timp, domeniul ştiinţei se va extinde, fără îndoială, incluzînd şi această provincie a suferinţei fiinţelor omeneşti. Totuşi, nu va înlătura niciodată arta. Va rămîne mereu loc pentru terapiile alternative, care îşi au rădăcinile în alte tradiţii decît cele ale ştiinţei. Realitatea fundamentală este că sufletul nu e depăşit de creier. Medicina nu poate abandona vindecarea sufletelor îndurerate, fără a-şi micşora astfel propria importanţă pentru condiţia umană.

Scanned with OKEN Scanner

10

Malpraxisul corupe vindecarea

Cînd medicul este întrebat ce face să sufere medicina, el pune invariabil în capul listei jungla litigiilor medicale. Conform unui punct de vedere larg răspîndit printre doctori, avocații, lacomi vînători de „halate albe", sunt cei care au corupt practica medicinei, acuzînd-o şi exagerînd greşelile medicale – reale ori imaginare. Malpraxisul este considerat vinovat pentru orice greşeală de îngrijire, inclusiv prețul scandalos al medicamentelor, creşterea în spirală a costurilor de spitalizare, onorariile exorbitante ale medicilor specialişti, ca şi caracterul mecanicist al medicinei moderne şi erodarea relației doctor – pacient. Cîțiva lideri medicali cred că reforma adevărată a sistemului de îngrijire medicală necesită rectificarea „harababurii privind malpraxisul" *.

La orice congres medical, audiența se încălzeşte chiar şi la prestația unui orator mai slab dacă discursul e presărat cu anecdote împotriva avocaților, care se ivesc la tot pasul. Într-adevăr, într-o societate ca a noastră, cu mai mulți avocați în Manhattan decît într-o regiune de mărimea Japoniei, cultura litigiilor face valuri. Medicina nu e exceptată; dimpotrivă, profesia medicală este o țintă importantă.

Medicina şi-a cîştigat o aureolă în micile comunități în primele decenii ale secolului XX. Medicii riguros pregătiți ştiau destul de multe pentru a marca o diferență. Chiar dacă

---

* J.S.Todd, *Reforma sistemului sanitar şi răspunderea profesională*, în „New England Journal of Medicine" nr. 329 (1933), p.1733-35.

Scanned with OKEN Scanner

era ignorant în privința condiției medicale, ceea ce se întîmpla adesea, un doctor era la domiciliul pacientului, veghind la căpătîiul acestuia. Spitalizarea era o excepție. Medicul își cunoștea pacientul ca persoană, era un obișnuit în familia acestuia și știa la ce stres psihic și social era supus. În America de astăzi, această scenă idilică a dispărut. În marile centre urbane, unde locuiește marea majoritate a populației, un doctor întîlnește mereu un necunoscut. Îngrijorarea în legătură cu litigiile contribuie la apariția unei stînjeneli chiar înainte de primul salut. Rareori are timp pentru politețuri ca strîngerea de mînă sau conversația. Doctorul, constrîns de timp, are la dispoziție doar douăzeci de minute pentru o vizită. Întrebările se concentrează deci pe simptomul principal, care adesea are puțin de-a face cu motivul real al vizitei pacientului. Mai mult, chiar timpul disponibil, și așa limitat, poate fi întrerupt de apeluri telefonice sau de alte intruziuni. Examinarea fizică este pripită, iar istoricul bolii este concentrat asupra ariei în care se află primul simptom prezentat, eventual imaginar.

Astfel de întîlniri scurte și adesea frustrante nu pot atinge în profunzime problemele pe care le are pacientul; cel mult pot ușura temporar o indispoziție imediată. Cînd istoricul bolii este schițat pe scurt, doctorul pare să fie pierdut într-o mare de posibilități înspăimîntătoare, garantînd diversitatea intervențiilor tehnologice. Prin contrast, un istoric îngrijit al bolii, o examinare fizică completă și cîteva teste de rutină furnizează în jur de 85% din informațiile de bază necesare unui diagnostic corect*.

Tehnologiile costisitoare și procedurile invazive furnizează mult mai puține date, asigurînd în jur de 10% din datele importante pentru un diagnostic.

Teama de litigii și lipsa amănuntelor din prima vizită încurajează testele și procedeele invazive, în ideea că toate

---

* J.Hampton, *British Medical Journal* 2 (1975), pp. 486-89.

Scanned with OKEN Scanner

opţiunile de diagnostic sunt acoperite, astfel că acuzaţia de neglijenţă poate fi uşor respinsă la tribunal. Acest tip de medicină defensivă stă la baza faptului că problemele minore beneficiază de o examinare medicală cuprinzătoare. Cunosc acest lucru de la camarazii mei aflaţi la studii postdoctorale care, ca supliment pentru veniturile mici, făceau adesea gărzi la serviciile de urgenţă sau în spitalele micilor comunităţi care nu aveau suficient personal. În trecut, o astfel de activitate însemna a fi prezent fizic şi disponibil pentru rarele probleme şi, în acelaşi timp, o ocazie excelentă pentru a aduce la zi lecturile medicale sau somnul necesar. Nu mai este cazul astăzi. După o lună de serviciu de noapte, un astfel de medic soseşte la vizitele de dimineaţă din spital mort de oboseală.

A face de gardă implică acum să asişti la numeroase teste şi să răspunzi la complicaţiile rezultate din multiplele proceduri. În trecut, cînd un copil cădea de pe bicicletă şi îşi julea fluierul piciorului, se cerea doar atenţie la aria din jurul rănii. Acum, înainte de a fi expediat acasă, trebuie eliminată posibilitatea unei vătămări ascunse. Un coleg explica: „fac aceste lucruri stupide doar ca să-mi acopăr spatele".

Este ironic faptul că tocmai evitarea litigiilor crează cadrul pentru capcanele legale pe care vrea să le evite. Într-o lume ideală, fiecare procedură folosită pe un pacient ar trebui să prezinte doar un minimum de complicaţii. Nici o procedură nu este complet sigură. Chiar o inocentă injecţie intravenoasă poate fi o sursă de infecţie sau un cuibar pentru un cheag de sînge. Practica, acum comună, a cateterizării are ca rezultat, o dată la patru sute de proceduri, o complicaţie periculoasă pentru viaţă. De asemenea, un test este rareori unic, el conducînd la teste adiţionale care să confirme rezultatul iniţial, multiplicînd deci şansele pentru reacţii adverse.

Orice test de rutină, bine standardizat, este greşit în circa 5% din cazuri, furnizînd informaţii fie fals-pozitive, fie fals-negative. Un rezultat fals-negativ înseamnă că testul ratează să detecteze o condiţie prezentă. În mintea mea, eroarea

Scanned with OKEN Scanner

opusă, rezultatul fals-pozitiv, este mult mai serioasă şi serveşte drept invitaţie la o mulţime de alte teste şi proceduri. De exemplu, dacă un test este „pozitiv", arătînd schimbări electrocardiografice compatibile cu boala coronariană, un doctor cere adesea o angiogramă, un procedeu coronarian invaziv, care este foarte costisitor şi complicat. Dacă testul e pozitiv, poate fi repetat, iar dacă următorul test e negativ, rezultatul e neconcludent. Devine necesar al treilea test şi doar dacă acesta este normal, se poate spera că primul test a fost eronat. Pot trece săptămîni sau luni pînă se clarifică situaţia, risipind bănuielile. Cu cît mai multe teste, cu atît mai multe informaţii eronate apar. În cazul unui rezultat fals-pozitiv, suntem conduşi spre o vînătoare a unor condiţii care nu există. În cazul unui rezultat fals-negativ lipseşte condiţia căreia să ne adresăm. În ambele cazuri, rezultatul este un pacient deconcertat şi supărat.

Înclinaţia spre proceduri şi teste este adîncită chiar de natura medicinei. Multe probleme cu care doctorul se întîlneşte sunt lipsite de o explicaţie logică, dar chiar dacă aceasta ar exista, simptomele supărătoare trebuie tratate. I se cere multă experienţă unui doctor pentru a stăpîni arta de a naviga pe marea incertitudinii, mai ales astăzi, cînd doctorii au nevoie de certitudini mai mult ca oricînd. Educaţia medicală a inoculat conceptul că medicina este o disciplină ştiinţifică, idee întărită de-a lungul pregătirii personalului unui spital plin de tehnologii avansate şi părînd capabil să furnizeze rezolvări tuturor problemelor.

Un alt element care conduce la efectuarea testelor este faptul că tînărul doctor nu deţine informaţii enciclopedice despre toate bolile care pot afecta o fiinţă umană. Cu cît medicul are mai puţină experienţă, cu atît este mai puţin abil să discearnă între ceea ce e probabil şi ceea ce este absolut improbabil. E nevoie de multă experienţă de viaţă ca să înţelegem că ne întîlnim destul de rar cu lucruri ciudate şi să ştim cînd e nimerit să lansăm o intensivă operaţie de căutare.

Scanned with OKEN Scanner

Aceşti factori explică de ce personalul administrativ scrie, pentru fiecare nouă internare, o lungă listă cuprinzînd diagnosticele anterioare, inclusiv multe date confidenţiale. Justificarea stereotipă a tuturor agresiunilor investigative este oferită sub formă de întrebare: dacă pacientul are cutare sau cutare afecţiune neobişnuită? Cînd o echipă fără experienţă hotărăşte ce investigaţii trebuie făcute, nu e de mirare că tehnologia este angajată extensiv. Ar trebui deci să nu fim surprinşi că apar destule complicaţii în cele mai bune spitale. Pericolele se înmulţesc nu numai din cauza numărului mare de tineri profesionişti cu o experienţă modestă, dar şi din supervizarea inadecvată a celor vîrstnici, fiindcă întreaga artilerie grea a tehnologiei este sub comanda lor. Aceşti factori pot face dintr-un spital un loc plin de pericole pentru bolnavi.

Încă îmi mai amintesc cu durere de tragica suită de evenimente care l-a lovit pe unul dintre pacienţii mei. Era un distins profesor, savant de renume internaţional, şi îl îngrijisem de o afecţiune coronariană timp de mai bine de douăzeci de ani. Internat la secţia de chirurgie pentru înlăturarea unei tumori la vezica urinară, a suferit un infarct miocardic în timpul celei de-a doua nopţi postoperatorii. Rezidentul de gardă, presupunînd că pacientul are şi o insuficienţă cardiacă congestivă, a decis, fără să-l consulte, să-l conecteze la linia Swan-Ganz de monitorizare a tensiunii. Această procedură presupune introducerea unui catater prin vena gîtului care, strecurat prin ventriculul drept, se implantează într-o ramură a arterei pulmonare şi permite măsurarea tensiunii şi a pulsului în importantul spaţiu ventricular stîng, ajutînd la monitorizarea echilibrului fluidelor. În teorie, acesta furnizează informaţii importante, dar în practică este rareori indicat.

A doua zi am aflat de la infirmiere că pacientul meu devenise foarte agitat fiindcă avea un cateter inserat în inimă. Cum cateterul intrase în ventriculul drept, el a precipitat

Scanned with OKEN Scanner

tahicardia ventriculară care a degenerat rapid într-o fibrilație ventriculară și un stop cardiac. După o prelungită încercare de resuscitare, a mai trăit doar cîteva zile. Cînd rezidentul a fost întrebat de ce a apelat la procedura invazivă, el a răspuns că ar fi fost acuzat de malpraxis dacă i-ar fi refuzat bolnavului monitorizarea hemodinamică. Dar la un om de optzeci de ani, care trecuse peste un atac minor de inimă, procedura era complet nejustificată.

Deși astfel de episoade tragice sunt rare, mass-media creează imaginea unei jungle de greșeli și de neglijențe, a unei epidemii de incompetență medicală în această țară. Carnagiul datorat malpraxisului este uimitor. Dacă însumăm în fiecare an decesele din atacuri criminale, din accidente de vehicule și din incendii, acestea nu vor egala cifra estimată la 80 000 a celor care mor anual în spitale din cauza unor practici medicale "... (*New York Times*, 10 august 1994). Acest articol continuă arătînd că mii de oameni sunt paralizați sau au creierul vătămat, sunt orbi sau handicapați din cauza incompetenței medicale.

Ar putea fi citate cazuri individuale de incompetență inimaginabilă, care au condus la tragedii de nedescris. Ceea ce învenințează publicul este ezitarea medicilor de a semnala incompetența unui coleg. Un caz care s-a aflat mult timp în atenția mass-media a fost acela al unui bărbat de patruzeci și patru de ani care s-a internat pentru o operație de rutină la spate. Deși se aștepta să fie externat în cîteva zile, el a petrecut șase luni în spital și a fost externat cu catastrofale leziuni pe creier care necesitau șaptezeci de pilule pe zi pentru a controla crizele. Tragedia s-a produs din cauza unui anestezist alcoolic, care i-a administrat pacientului o doză de sedativ de zece ori mai mare decît cea prescrisă și apoi nu i-a monitorizat semnele vitale în timpul operației. Desigur, nu există scuze ca doctorii să rămînă tăcuți în fața unei incompetențe atît de scandaloase.

Deși producerea unei suferințe altei persoane nu ar trebui

Scanned with OKEN Scanner

niciodată justificată, ea trebuie totuşi privită în perspectivă. Incompetenţa însumează un procentaj infinitezimal de greşeli care duc la suferinţă umană şi pierderea vieţii. Din punctul meu de vedere, cele mai multe greşeli sunt cauzate de medici bine pregătiţi care ocolesc istoricul bolii, care se complac în folosirea crescîndă a tehnologiei, rănind mult mai mulţi pacienţi decît o fac doctorii incompetenţi. Regretabil, critica se focalizează pe cazurile scandaloase, şi nu pe problemele mai puţin interesante pentru presă, deşi mai serioase, cauzate de actuala cultură a medicinei.

Cele mai multe cazuri de afecţiuni iatrogene rezultă mai degrabă din excesiva prescriere a medicamentelor şi din interacţiunea lor, decît din folosirea necorespunzătoare a tehnologiei. Nici procedurile chirurgicale agresive nu produc atîtea stricăciuni cîte fac produsele farmaceutice. Rar trece o săptămînă fără să întîlnesc unul sau mai mulţi pacienţi suferind de reacţii adverse la medicamente.

La începutul carierei mele am învăţat că şi cei mai meticuloşi medici fac cîteodată erori de prescripţie. Pe cînd eram rezident, doctorul Samuel Levine mi-a cerut să-l văd pe domnul G., unul dintre pacienţii săi din afara oraşului, care stătea la hotel. Era trecut de miezul nopţii şi afară era viscol. Mulţi ani, domnul G. suferise de boala arterei coronare şi de congestie cardiacă, pentru care fusese tratat cu *digitalină*. L-am găsit într-o stare gravă, făcuse congestie cardiacă, avea plămînii plini de lichid şi pulsul de 160 bătăi pe minut, cu regularitate de ceas. Ritmul era aproape identificabil ca tahicardie atrială paroxistică, cu bloc de ramură (v. cap. 11), dezordine provocată de o doză prea mare de digitalină. Din cauza furtunii de afară a fost greu să obţin o ambulanţă. În aşteptare, i-am dat *clorură de potasiu*, un antidot pentru acest tip de intoxicare cu digitalină. Cîteva ore mai tîrziu, domnul G. s-a întors la ritmul normal al inimii, iar congestia s-a ameliorat.

Scanned with OKEN Scanner

Dar cum de s-a intoxicat cu digitalină? În dimineața următoare, lui Levine nu i-a venit să creadă că digitalina era de vină, de vreme ce medicamentul şi doza pacientului nu fuseseră schimbate. Acesta primise o dată pe săptămînă un diuretic pentru a elimina fluidele şi o doză zilnică de digitalină. Levine mi-a arătat notele lui de cabinet, care arătau că doza zilnică de digitoxin a domnului G. nu se modificase timp de cîțiva ani.

Dar domnul G. şi-a amintit că, atunci cînd îl vizitase pe Levine cu trei luni în urmă, acesta i-a scris o nouă rețetă pentru digitoxin, pe care a cumpărat-o de la farmacia locală. Jucîndu-mă de-a Sherlock Holmes, m-am dus la farmacie, unde am fost surprins să găsesc o rețetă cu scrisul fin şi distinct al lui Levine, făcută pentru o doză dublă decît lua pacientul. Era scris clar: 0,2 mg /zi, iar nu 0,1. Levine s-a ruşinat grozav cînd i-am spus şi nu a putut oferi nici o explicație pentru grava eroare. Era pe deplin conştient că a-i da unui pacient cardiac o doză de două ori mai mare decît cea prescrisă dintr-un medicament toxic putea avea urmări fatale. A fost o lecție severă despre faptul că nici cei mai buni doctori nu sunt mereu vigilenți.

Nu putem pune în afara legii eroarea umană, şi chiar şi cei mai buni doctori fac greşeli. Punctul de vedere medical larg susținut este că cele mai multe procese de malpraxis sunt frivole şi lipsite de merit. Implicarea emoțională a doctorilor în această problemă este de înțeles. Puține evenimente sunt mai demoralizante pentru un doctor decît confruntarea cu somația de a înmîna toate documentele despre un pacient.

Sentimentul vinovăției, pierderea timpului liber în întîlniri cu avocații, întreruperea liniştii, ruşinea de a fi acuzat de o faptă imorală contribuie laolaltă la o stare psihică mizerabilă. Medicul acuzat se simte jignit, nedreptățit şi, cu timpul, acest sentiment se transformă într-o mînie clocotitoare. Din nefericire, am văzut această mînie îndreptată spre alți pacienți, situație care poate duce la alte procese de malpraxis.

Scanned with OKEN Scanner

Şocul unui proces de malpraxis este cu atît mai mare cu cît doctorii sunt convinşi că, „nici calitatea practicii medicale nu a fost niciodată mai înaltă, nici standardele nu au fost niciodată mai bine definite; profesionalismul practicienilor este de nedepăşit din punct de vedere istoric, dar volumul şi intensitatea activităţilor de verificare este fără precedent".* Ceva nu este în ordine.

Malpraxisul în spitalele americane a fost studiat pe larg. Doar 1% din pacienţi sunt vătămaţi dintr-o eroare medicală în timpul spitalizării, dar la 30 de milioane de spitalizări anual, chiar o mică rată de eroare ajunge la 300 000 de cazuri anuale de neglijenţă în îngrijire, sau aproximativ 800 pe zi. Publicul nu e totuşi atît de litigios pe cît media sau profesia medicală ar lăsa să se creadă. În fapt, procesele sunt mult mai puţine decît cazurile de neglijenţă sau de malpraxis. Un studiu elaborat la Harvard stabileşte că doar 1,53% din pacienţii vătămaţi prin tratamentul medical depun plîngeri. În Statele Unite, sunt de 8 ori mai multe cazuri de neglijenţă decît cereri de compensaţii băneşti şi un raport de 14 cazuri de neglijenţă la o cerere de despăgubiri soluţionată favorabil.

Studiul concluzionează că „litigiile compensează rareori pe pacienţii vătămaţi de neglijenţa medicală, fiindcă rareori îi identifică şi îi socotesc responsabili pe furnizorii de servicii medicale de calitate inferioară"**. Probabilitatea ca un doctor care a greşit să fie dat în judecată este de numai 1 la 5.

---

* J. M. Vaccarino, *Malpractice: The Problem in Perspective*, „Journal of the American Association 238 (1977), pp. 861–863.

** H.H.Hiat, *A Study of Medical Injury and Medical Malpractice: An Overview*, în "New England Journal of Medicine "321 (1989), p.480. L.L Leape et al., *The Nature of Advanced Events in Hospitalized Patiens*, New England Journal of Medicine 324 (1991), p. 377; A.R.Localio et al., *Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence: Results of Harvard Medical Practice*, „New England Journal of Medicine" 325 (1991, pp. 245-251.

Scanned with OKEN Scanner

La fel de nefondat este punctul de vedere al sistemului de sănătate şi al serviciilor de asigurări cum că procesele de malpraxis sunt un factor substanţial ce conduce la creşterea costurilor îngrijirii medicale.

Doar un procent din cheltuielile de sănătate sunt atribuite problemelor de responsabilitate profesională*. În medie, doctorii cheltuiesc 2,9 procente din venitul lor brut pentru asigurarea de malpraxis, doar puţin peste cele 2,3 procente alocate „întreţinerii automobilului de serviciu". Nu victimele malpraxisului, ci companiile de asigurări sunt cele care colectează prada. De exemplu, în 1991, poliţele de malpraxis le-au adus profituri de 1,4 miliarde de dolari.

Deci, de ce atîta scandal? Sunt mai multe lucruri care sar în ochi. În timp ce doctorii sunt cu adevărat speriaţi să nu fie judecaţi, practicarea medicinei defensive a dobîndit o motivaţie subconştientă. Frica de malpraxis a crescut, determinînd o creştere a numărului de proceduri invazive, periculoase, dar totodată profitabile. Cu cît e mai mare frenezia litigiilor, cu atît sunt mai mari veniturile doctorilor. Cazul liniei Swan-Ganz este o ilustrare. A fost o vreme cînd aproape jumătate din pacienţii care suferiseră un infarct miocardic transmural aveau implantate astfel de linii, considerînd că aceasta e o cale efectivă de a monitoriza funcţionarea inimii unui pacient bolnav. Un doctor cîştiga cîteva sute de dolari pentru inserţia unei astfel de linii, pe lîngă o taxă zilnică de menţinere a acesteia. Doctorul avea puţine de făcut, în timp ce pacientul suporta disconfortul. După mine, aceste proceduri ofereau puţine informaţii – dacă era vreuna utilă – care ar fi putut fi obţinute pe o cale mult mai simplă, mult mai puţin traumatizantă şi mai ieftină, adică prin examinarea pacientului.

**Medical and Hospital Professional Liability: A Report Prepared for the Texas Health Policy Task Force* (Austin: Tonn and Associates,1992) ; B.Beckman et al., *The Doctor-Pacient Relationship and Malpractice*, "Archives of Internal Medicine" 154 (1994), p.1365.

Scanned with OKEN Scanner

Pe baza experienței mele de mai bine de un deceniu în conducerea unei secții active de îngrijire coronariană, estimez că rata de complicații produse de liniile Swan-Ganz era de aproape 10%, de la hematoame nevăzute în gît, pînă la serioase infecții și aritmii ce amenințau viața. Popularitatea unei proceduri crește în funcție de rezultatele ei financiare. Chiar cînd rambursarea pentru procedura Swan-Ganz a fost redusă, după cum prevedea folosirea ei, rata clinică a rămas neschimbată.

De ce intentează pacienții procese?

Pacienții care dau în judecată doctorii sau spitalele afirmă că primul motiv ar fi lipsa atenției. Un alt motiv este impresia că un doctor a fost indisponibil cînd au avut nevoie de el sau că i-a abandonat. Încă un răspuns comun este că doctorul a ignorat pacientul și nu a luat în considerare opinia lui – sau a ei. Astfel, se pare că litigiile rezultă mai curînd din lipsă de comunicare decît din malpraxis *în sine*.

Este nevoie de o hotărîre neclintită, condusă de mînie, ca să întreprinzi o acțiune legală. Procesul, lung și frustrant, reclamă o enormă investiție de timp și de energie emoțională. Mai mult, în cele mai multe instanțe, sentința este dată împotriva reclamantului. Deși mulți doctori cred că majoritatea litigiilor invocă rele imaginare sau banale, ele se referă la vătămări majore. Incidentele pentru care pacienții dau în judecată doctorii și spitalele sunt grave, adesea fiind vorba de invaliditate de lungă durată, care îi împiedică să muncească, să aibă o viață socială și relații de familie. Într-un studiu se arată că deformările anatomice sau decesul au fost implicate în 52% din procesele de malpraxis, în timp ce vătămările emoționale au ajuns la doar 20%. Mai mult de 70% din procese sunt intentate împotriva chirurgilor și medicilor de la urgență. Multe dintre ele au fost sugerate de personalul medical care a îngrijit ulterior pacientul.

Un raport britanic asupra malpraxisului a arătat că o vătămare nu foarte serioasă nu este suficientă pentru intentarea unui proces de malpraxis; ar trebui adăugate

Scanned with OKEN Scanner

tratament nepăsător şi slaba comunicare după incidentul iniţial. Reclamanţii sunt deranjaţi de absenţa unei explicaţii, de ceea ce ei interpretează ca lipsă de onestitate, de refuzul de a cere scuze sau de faptul că plîngerile lor sunt respinse ca fiind nevrotice. Mai mult de o treime dintre ei nu ar fi optat pentru litigiu dacă ar fi obţinut o explicaţie sau scuze:*

Acest studiu britanic indica trei motive generale, avansate ca bază pentru acţiunea legală: primul era altruismul – prevenirea prietenilor şi vecinilor că astfel de vătămări pot avea loc; al doilea motiv era aflarea adevărului despre ce s-a întîmplat, iar al treilea şi cel mai puţin important era să obţină o compensaţie materială pentru suferinţa lor. Studii americane similare au arătat, de asemenea, că majoritatea pacienţilor intentează procese pentru a primi o explicaţie sau în speranţa că personalul va fi chemat să dea socoteală şi să înveţe o lecţie din trauma lor mai curînd decît să obţină o compensaţie financiară. Acţiunea în justiţie devine astfel o cale de a sili un medic să-şi asume responsabilitatea rezultatului şi să împărtăşească suferinţa şi mînia pe care a resimţit-o pacientul.

Un pacient a sintetizat astfel opiniile majorităţii: „Dacă ar fi să rezum în două cuvinte, aş alege: responsabilitate şi justiţie. Ca să fiu mai explicit, pare să fie vorba de o atitudine de tip atotputernicie, o încredinţare a doctorilor că se află undeva deasupra sau dincolo de constrîngerile normale pe care restul umanităţii trebuie să le suporte.“**

Evitarea malpraxisului

Un dicton pomenit adesea în cercurile medicale este că fiecare doctor e vulnerabil la un proces de malpraxis, indiferent de competenţa şi de grija pe care o arată. Este

---

* C.Vincent şi colab., Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action, „Lancet“ 243 (25.06.1994), pp. 1609-1617.

** A.Simanowitz, *Standards, Attitudes and Accountability in the Medical Profession*, „Lancet“ 547 (1985), ii.

Scanned with OKEN Scanner

norocul jucătorului. Rezultă că „în ceea ce priveşte protecţia, singura metodă disponibilă este asigurarea de malpraxis".* Cred totuşi că doctorii care îşi fac griji că ar putea fi daţi în judecată, probabil, vor fi. Frica de litigii, atunci cînd domină mintea medicului, pregăteşte scena pentru ele. Medicina defensivă are două consecinţe: conduce la utilizarea la maximum a procedurilor cu posibile complicaţii şi îl pregăteşte pe fiecare pacient ca potenţial adversar. Medicina defensivă distorsionează profesionalismul şi dezumanizează medicina. Pacientul, în loc să discute cu un medic prietenos şi grijuliu, întîlneşte dezinteres şi ostilitate. Acest ambient subminează comunicarea, iar cînd pacientul devine agitat şi vizibil nemulţumit, doctorul îl suspectează că se pregăteşte de litigiu.

Cînd relaţia dintre medic şi pacient e slabă, faptul că nu a ajuns la rezultatul aşteptat, o aparent exorbitantă notă de plată sau o complicaţie apărută în urma administrării unui medicament sau a unei proceduri pun în mişcare roţile litigiului. Această dinamică nefericită are inevitabilitatea unei profeţii autoîmplinite. Pacientul are prea puţine scrupule cînd dă în judecată un străin indiferent.

La intentarea unor procese de malpraxis ridicole contribuie şi aşteptările nerealiste, cu privire la ceea ce poate face medicina. Pacienţii cu boli cronice vin cu speranţa unor tratamente magice, dar sunt rapid dezamăgiţi de acestea. Durerile de încheieturi datorate artritei nu cedează la nici unul dintre medicamentele-minune curente. Respiraţia îngreunată de emfizem e la fel de recalcitrantă la traista cu minuni a doctorului. Cele mai multe boli cronice, oricare ar fi organul implicat, nu au un tratament sigur, dar suferinţa devine acceptabilă dacă pacientul este tratat cu respect. Chiar şi cele mai mici gesturi de amabilitate ale doctorului rămîn în amintire timp îndelungat. M-am minunat adesea de

* Vaccarino, *Malpractice,op.cit.*

Scanned with OKEN Scanner

frecvența foarte scăzută a litigiilor împotriva practicienilor medicinei alternative și a chiropracticienilor. Procesul împotriva unui doctor care investește timp și suflet în pacienții săi este la fel de rar. Ce au în comun acești practicieni este angajarea lor în ascultarea simpatetică.

Aceste observații, deși mi se par evidente, îi impresionează prea puțin pe unii doctori. De exemplu, un pacient care întreabă despre unele aspecte ale tratamentului postoperator este respins de chirurgul lui.

„Eu mi-am făcut treaba în sala de operație. Infirmiera vă va răspunde la întrebări", spune el și se îndepărtează.

Un alt pacient m-a rugat să-i fac rost de o fotografie a chirurgului care cu o săptămînă în urmă îi înlocuise valva aortică. Gîndul meu inițial, acela că doctorul a făcut o impresie profundă asupra pacientului recunoscător, s-a veștejit cînd a continuat:

– Nu am idee cum arată, ne-am întîlnit doar în sala de operație, cînd eu eram inconștient. Nu m-a vizitat nici înainte, nici după operație.

Această mică scînteie poate aprinde un conflict de malpraxis.

Prevenirea litigiilor începe cu recunoașterea faptului că greșelile medicale sunt inevitabile. În cele mai multe domenii ale vieții, o greșeală poate fi doar un inconvenient. Artistul poate avea nevoie să șteargă o linie sau să arunce o pînză, dar în medicină, la capătul celălalt al greșelii se află o ființă umană traumatizată. Cum fiecare pacient este unic, munca medicală este esențialmente experimentală, nesigură și înclinată spre eroare. Ca urmare, un doctor nu poate fi niciodată sigur că un individ anume va răspunde la tratament, dar conștiința propriei failibilități diminuează apariția unor foarte mari erori. A fi constant în gardă nu garantează o viață ușoară, dar asigură că principiul fundamental hipocratic: „*Primum non nocere*", – „întîi de toate, nu vătăma", este rareori încălcat. Pentru a-l parafraza pe Bertold Brecht,

Scanned with OKEN Scanner

obiectivul ştiinţei medicale nu este de a deschide o uşă spre o înţelepciune infinită, ci de a limita eroarea infinită. Dar, ironic, riguroasa îndoială de sine a ştiinţei este străină tradiţiei medicale.

Cînd au loc vătămări serioase, poate fi dificil de stabilit cauza sau partea responsabilă, dar eu tind să-l acuz pe doctor, fiindcă nu şi-a exersat imaginaţia clinică şi nu a anticipat ce putea să meargă rău. Aceasta mi-a amintit de un incident petrecut cu mama mea. Împlinise nouăzeci de ani şi trăia singură, era încă în toate facultăţile mintale şi insista asupra mult lăudatei ei independenţe. Totuşi, într-o după-amiază, am găsit-o încă în halat, cu părul în dezordine şi arătînd deprimată. Fără să ne salutăm măcar, m-a anunţat că se săturase de suferinţă şi că voia să moară. Îşi pierduse pofta de mîncare, nu avea nici energia să ridice o lingură, dar cel mai tare o îngrijora faptul că nu putea gîndi corect. Insista că nu are febră, nici vreo durere nouă, iar medicamentele nu îi fuseseră schimbate. I-am inspectat totuşi dulăpiorul de medicamente şi am găsit un flacon de Digoxin în pilule de 0,25 mg, în timp ce ea luase, în ultimii zece ani, doar pilule de 0,125 mg. A reieşit că rămăsese fără medicamente cu trei săptămîni în urmă, cînd medicul ei era plecat. A contactat pe cineva care îi ţinea locul şi acea persoană a sunat la farmacie pentru a o reaproviziona. Dintr-o eroare de comunicare, pilulele de 0,125 mg au fost înlocuite cu cele de 0,25 mg. Deoarece mama era aproape oarbă, nu a putut citi eticheta de pe noul flacon, pilulele fiind de aceeaşi culoare şi de aproape aceeaşi mărime. Evident, se intoxicase cu acest medicament, altfel vital pentru ea, care prevenea încetarea activităţii inimii. Ar fi putut muri din această simplă eroare.

Odată eroarea comisă, cum ar trebui doctorul să o explice pacientului? Doctorii nu primesc instrucţiuni la facultate, nici după terminarea ei, cum să facă faţă erorii. Tendinţa reflexă este evitarea, acoperirea urmelor, pasarea responsabilităţii, dezorientarea şi retragerea, mai curînd decît recunoaşterea

greşelii. În timpul pregătirii mele în spital, superiorul meu m-a prevenit să nu scriu niciodată în fişa pacientului ceva care ar putea sugera un act de neglijenţă sau de recunoaştere a unei fapte greşite. Am întîlnit doctori care nu erau dispuşi să-şi exprime regretele la moartea cuiva, ca nu cumva să fie interpretate drept o admitere a unei greşeli.

Tăcerea şi speranţa că eroarea va trece neobservată este cea mai rea politică. Rezultatele adverse trebuie anticipate sau îndreptate şi scuzate. Retragerea medicului în spatele unei expresii profesionale este interpretată ca o lipsă de grijă şi întreţine senzaţia de abandon a pacientului. Recunoaşterea greşelii este un act puternic şi umil.

Îmi amintesc de spaima pe care am tras-o cînd era să pierd un pacient. Domnul K. era în fibrilaţie atrială, dar în loc de puls accelerat, cum se întîmplă de obicei, numărul bătăilor pe minut era constant 40. Am presupus că aceasta se datora unui blocaj în sistemul de conducere de la atriu la ventricul, care filtra fluxul impulsurilor rapide. Această presupunere m-a condus eronat la concluzia că domnul K. nu avea nevoie de digitalină, medicamentul standard pentru a micşora ritmul inimii în cazul fibrilaţiei atriale.

După o lună de la întreruperea digitalinei, a sosit la Spitalul Peter Bent Brigham aproape îngheţat de spaimă, cu un edem pulmonar fulminant, cu ritmul tot de fibrilaţie atrială, dar dezordonat. Domnul K. părea la capătul puterilor şi a cerut să fie conectat la un sistem de respiraţie asistată pentru cîteva zile, de probă, zile în care nu se ştia dacă va supravieţui. Cauza acestei complicaţii ce-l aducea în pragul morţii era evidentă. Aparent, sistemul lui de conducere sau excito-conductor nu era afectat, aşa cum presupusesem, ci normal şi răspunzător pentru ritmul din timpul fibrilaţiei, ce ajungea la 190 de bătăi pe minut. La o persoană cu o severă boală a muşchiului cardiac, bătăile rapide precipită o decompensare galopantă a inimii.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul convalescenței, domnul K. a bănuit ceea ce se întîmplase şi nu am fost deloc surprins să-l văd ostil față de mine. Mi-am recunoscut prompt greşeala de judecată şi trecînd peste sentimentul de vinovăție şi peste remuşcări, l-am sfătuit să mă dea în judecată pentru malpraxis. El m-a asigurat că îl preocupă ideea. După vreo trei luni a venit la cabinet pentru o vizită. Cînd l-am întrebat dacă voia să-l pedepsească pe doctorul care aproape că îl omorîse, mi-a răspuns:

– Ai dreptate. Aproape că m-ai omorît. De-acum înainte voi fi foarte atent la felul cum mă tratezi. Dar dacă mă duc la altul, acela n-ar fi atît de atent şi ar putea să mă termine de-adevăratelea.

A adăugat apoi că lucrul care l-a făcut să se întoarcă nu a fost faptul că nu am încercat să mă justific, ci acela că am fost gata să înfrunt urmările.

„Cu mine fii deschis – şi lasă-mă greşeala să ți-o văd pe față", spune un personaj din *Povestea de iarnă* a lui Shakespeare. Un pacient vătămat aşteaptă acelaşi lucru. Recunoscîndu-ne greşeala şi cerîndu-ne iertare, ne purificăm. Nu cunosc vreun caz în care, după ce medicul şi-a cerut scuze, pacientul să fi intentat proces, dar am văzut adesea cum astfel de vorbe leagă un pacient şi un doctor într-o relație apropiată de încredere şi de prietenie.

În viziunea mea, malpraxisul este consecința practicii medicale depersonalizate. Experiența grupului meu de lucru, Lown Cardiovascular Center din Brookline, Massachusetts, furnizează dovezi că atunci cînd practica este intensivă în timp, iar nu în tehnologie, şi cînd e concentrată pe importanța îngrijirii, avem prea puține motive să ne temem de litigii. Acest mic grup de cinci doctori au profesat împreună timp de douăzeci de ani fără a avea nici un proces de malpraxis. Şi cunosc şi rezultatele altor grupuri similare.

Un exemplu instructiv despre valoarea acestei abordări a fost experiența mea cu doamna B., pe care o vedeam anual de cîteva decenii. Ea avea cîteva probleme cardiace serioase,

Scanned with OKEN Scanner

boală coronariană, hipertensiune, aritmie cardiacă şi o afecţiune vasculară periferică invalidantă. Cînd a făcut şi un anevrism abdominal aortic, o pungă plină de sînge care se formează în peretele arterial şi care se poate rupe provocînd o hemoragie fatală, a insistat să facă operaţia la Boston, sub supravegherea mea, şi nu la Miami, unde locuia, deşi avea resurse economice limitate. Operaţia a decurs bine, iar convalescenţa, fără evenimente. În a şaptea zi de spitalizare, fiind gata de externare, a început să aibă dureri abdominale. Spitalul, conform regulilor stabilite de Grupul de diagnoză corelată (DRG)*, a insistat să fie externată, dar eu i-am convins pe chirurgi că era necesar să rămînă pînă cînd se clarifică natura simptomului ei. Pentru că era deja vineri şi nu se aflau acolo membrii familiei ca să o preia, spitalul a autorizat spitalizarea ei pînă luni.

Sosind la spital luni dimineaţa devreme, am aflat că doamna B. fusese deja externată. Recepţionera de serviciu m-a asigurat că situaţia ei se îmbunătăţise şi că luase avionul spre Florida. Şase săptămîni mai tîrziu, doamna B. m-a sunat dintr-un spital din Florida, povestindu-mi despre nenorocirea care se abătuse asupra ei. Cînd am văzut-o în acel sfîrşit de săptămînă, durerea din abdomen se intensificase deja. Cu prea puţină alinare de la analgezice, petrecuse cîteva nopţi fără somn. Luni dimineaţa, devreme, rezidentul de chirurgie i-a spus că, din moment ce nu se descoperise nici o complicaţie în starea ei, avea pesemne „durerea de vindecare", care se rezolvă în timp. Ea a insistat, susţinînd că e bolnavă, dar rezidentul a încurajat-o, spunîndu-i că pînă seara totul va merge spre bine. În orice caz, spitalul nu mai permitea prelungirea spitalizării şi stătuse deja mai mult decît perioada recomandată. În timpul zborului spre Florida, durerea a

* Grupul de diagnoză corelată (DRG) alcătuieşte categorii de diagnostice, acordînd fiecăreia o durată specifică de spitalizare, durată ce decurge din analiza unei uriaşe baze de date cuprinzînd pacienţii spitalizaţi. Sunt permise excepţii, dar numai după îndelungate probleme birocratice.

Scanned with OKEN Scanner

devenit de nesuportat şi s-a speriat cînd s-a trezit într-o baltă de sînge. Descheindu-şi nasturii de la fustă, şi-a văzut intestinul revărsîndu-se în afară printr-o incizie abdominală desfăcută. O ambulanţă a aşteptat-o la aeroportul din Miami şi a ajuns în şoc septic la spital, unde a rămas în stare critică mai multe săptămîni.

Mă simţeam umilit de cele întîmplate. Regula DRG conducea spre o administrare a pacienţilor pe baza unei statistici arbitrare şi nu pe baza situaţiei lor individuale. Această statistică îi silea pe medici să practice un fel de medicină brutală, un fel de pat al lui Procust. Eram sigur că doamna B. va da în judecată spitalul, pe chirurg şi pe mine. Dar nici un proces nu ne-a fost intentat.

În timpul consultaţiei din anul următor, am întrebat-o pe doamna B. de ce nu ne-a dat în judecată pentru malpraxis. Ea mi-a spus că familia şi medicul ei din Florida o sfătuiseră în sensul ăsta, aşa că ea angajase un avocat care afirma că este un caz ce se putea deschide şi închide pe loc. Totuşi, ea a refuzat să deschidă procesul pentru că, spunea ea, „nu puteam să dau în judecată spitalul fără să vă includ şi pe dumneavoastră. Iar eu mai curînd aş fi murit decît să fac asta".

Multe erori care au dus la procese de malpraxis ar fi putut fi evitate doar ascultîndu-l pe pacient. Nici un exemplu nu este mai grăitor şi mai tragic decît cazul lui Betsy Lehman, care semna editoriale medicale în *Boston Globe*. Ea a murit subit la Institutul Dana-Farber din Boston, după un tratament chinuitor pentru cancer la sîn. Nu a murit de cancer, ci datorită unei supradoze dintr-un medicament experimental împotriva cancerului, care i-a distrus inima pe cînd se pregătea să plece acasă. Autopsia a arătat că în corpul ei nu existau dovezi că ar fi suferit de cancer la sîn. Imensa eroare nu fusese a unui singur intern, neexperimentat şi istovit de muncă; era o greşeală oribilă, scăpată din vedere de cel puţin o duzină de doctori, surori şi farmacişti, inclusiv de cîteva persoane din echipa de conducere. Timp de patru zile consecutiv, i se administrase o

Scanned with OKEN Scanner

doză de patru ori mai mare decît orice doză admisă, şi totuşi nimeni nu a observat. Acest lucru s-a petrecut în timp ce pacienta se plîngea cu amărăciune de reacţia ei severă la medicamente, fără ca nimeni să o asculte. Lehman îşi alertase doctorii în repetate rînduri că se petrece ceva înspăimîntător. În ciuda faptului că era o bine-cunoscută personalitate în domeniul sănătăţii, plîngerile ei fuseseră ignorate.*

Este încă mai de neînţeles tocmai pentru că puţin înainte de tragedia lui Lehman, o altă femeie fusese intoxicată la fel şi părăsise spitalul cu inima definitiv vătămată. Spitalul a atribuit acest lucru unei „erori umane". Iar aceste incidente s-au petrecut la unul dintre cele mai prestigioase spitale de oncologie din lume, un institut de cercetări esenţial în această ţară. Dacă aşa ceva s-a putut întîmpla la Institutul Dana-Farber, se poate întîmpla oriunde. Nici un sistem nu este scutit de greşeli dacă pacientul nu se află în centrul preocupărilor celor care administrează medicamente sau efectuează diferite proceduri.

Mă întorc la tema lucrării de faţă: sistemul nostru de sănătate se prăbuşeşte pentru că profesia medicală şi-a deturnat concentrarea de la vindecare, de la acel proces care începe prin ascultarea pacientului. Raţiunile acestei deturnări comportă o aventură romantică cu tehnologia nepăsătoare, îmbrăţişată în mare măsură ca mijloc de mărire a veniturilor. Din moment ce nu e economic să petreci mai mult timp cu pacienţii, diagnosticul este obţinut prin excludere, ceea ce deschide porţile unor nesfîrşite teste şi proceduri. Procesele de malpraxis ar trebui privite ca nişte bube pe fizionomia sistemului nostru de sănătate, care este bolnav. Ele nu sunt cauza îmbolnăvirii sistemului de sănătate din Statele Unite, ci efectul. Sistemul de sănătate nu va fi vindecat pînă cînd pacientul nu va reveni în centrul atenţiei.

---

* Richard Knox, *Doctor's Orders Killed Cancer Patient,* „Boston Globe", 23 martie 1995.

Scanned with OKEN Scanner

III

Vindecarea pacientului:

Știință

Scanned with OKEN Scanner

11

Digitalina. Prețul invenției

Timp de peste patruzeci de ani am fost angajat în cercetarea cardiovasculară, pe lîngă practica la clinică. Cercetarea mi-a îmbogățit cunoștințele de medicină și mi-a ascuțit perspectiva științifică; în ciuda unei mari doze de corvoadă, munca experimentală a fost o aventură de vîrf. Triumful descoperirilor m-a făcut să mă simt așa cum îmi imaginam eu că se simte un alpinist ajuns în vîrful unui pisc încă neatins.

Cele mai timpurii cercetări ale mele s-au focalizat pe cel mai popular leac de atunci în medicina inimii, digitalina, un medicament introdus în 1775 de medicul și botanistul englez William Withering și care a marcat începutul erei moderne în terapia cardiacă. Doctorul Withering notase că o bătrînă tămăduitoare din Shropshire, Anglia, reușise să trateze dropica, adică edemul, „după ce mulți dintre practicanții obișnuiți ai medicinei nu reușiseră". Ea întrebuințase douăzeci sau mai multe ierburi, dar doctorul Withering, un priceput botanist, a determinat repede că elementul activ era *digitalis*, ce se găsea în planta numită degețel roșu. Cum el conducea o clinică pentru săraci, a experimentat liber acest leac și a descris rapid remarcabilul efect terapeutic al digitalinei. Convins că a descoperit un nou diuretic, el a descris-o în cele mai mici detalii în cartea sa devenită clasică, publicată după un deceniu.*

---

* William Withering, *An Account of the Foxglove and Some of Its Medical Uses*, London, M. Swiney, 1985.

Scanned with OKEN Scanner

Oricine ar putea crede că un medicament folosit peste o sută cincizeci de ani nu mai poate oferi surprize doctorilor, dar eu, tînărul cercetător din 1950, am realizat curînd că pînă şi practicienilor experimentaţi nu le era prea clar cînd şi cum să folosească acest medicament. Ideile eronate trecuseră, precum Scripturile, din generaţie în generaţie, dintr-un text medical în altul.

Digitalina devenise, pe bună dreptate, punctul de sprijin al cardiologilor. Mai întîi, ea creşte forţa de contracţie a muşchiului cardiac, în acest fel atingînd problema principală din insuficienţa cardiacă, şi anume, slăbirea pompării. Fluidul în exces, sechestrat în cavităţile corpului şi vizibil în încheieturile umflate este eliminat, iar greutatea anormal de mare a corpului scade rapid şi masiv. Respiraţia este îmbunătăţită. Pulsul rapid este temperat şi pacientul poate să meargă fără să gîfîie. Întinderea în pat nu mai e acompaniată de tuse sufocantă. Pentru prima oară după săptămîni, pacientul îşi recapătă somnul de noapte. Oboseala extremă, care face din cel mai mic efort un chin, dispare.

Nu întîmplător referirile la digitală au fost ca la o plantă minune. Minunea, totuşi, nu vine fără un preţ. În plină acţiune terapeutică, pacientul primeşte o doză aproape toxică. Efectele secundare, adesea insidioase, sunt reprezentate de lipsa de apetit, ameţeli, şi de o senzaţie neplăcută de presiune în cap. Dar apariţia aritmiilor cardiace, unele prevestind moartea, este mult mai periculoasă.

O tristă, dar convingătoare experienţă legată de folosirea digitalei s-a petrecut la începutul carierei mele medicale, în 1950. Rezidentul şef din pavilionul femeilor de la Peter Bent Brigham mi-a cerut să o văd pe una dintre pacientele mai în vîrstă ale doctorului Levine, proaspăt internată. Doamna M. se afla în insuficienţă cardiacă, cu o congestie pulmonară şi cu picioarele mult edematiate. Inhalarea de oxigen nu-i ameliorase respiraţia. O cauză a congestiei era ritmul inimii ei, deosebit de rapid, un „staccato" de 190 bătăi pe minut.

Scanned with OKEN Scanner

Chiar şi o inimă sănătoasă se decompensează cînd bate de trei ori mai repede decît normal, cu atît mai mult inima doamnei M. care era slăbită de un reumatism acut avut în copilărie.

Cînd l-am întîlnit pe Levine în dimineaţa aceea, l-am rugat să o vadă pe doamna M. imediat, de parcă ar fi fost cea mai bolnavă pacientă din serviciul lui. În timp ce admiram conştiinciozitatea cu care se documenta asupra istoricului bolii şi meticulozitatea examinării fizice, am fost dezamăgit să-l aud prescriind o doză mare de Digitoxin (un medicament din familia digitalei) şi un diuretic pe bază de mercur. Fără să mă gîndesc, am izbucnit:

– Dar combinaţia asta o s-o omoare. Poate să moară chiar din prima zi.

Ochii lui Levine îmi aruncau fulgere de mînie. Cu buzele abia mişcîndu-se, îmi spuse:

– Înregistrează opinia ta pe fişa doamnei M. exact aşa cum ai formulat-o. Şi plecă repede mai departe.

La sfîrşitul scurtei note m-am aşezat, golit de energie ca şi cum aş fi escaladat monumentul Bunker Hill. Ziua abia începuse şi speram ca prezicerea mea nebunească să se dovedească greşită. O vizită în salonul ei, după-amiază, mi-a risipit orice speranţă că prescripţia lui Levine va ameliora starea periculoasă a doamnei M. Supradoza de digitalină nu îi încetinise bătăile imimii; dimpotrivă, inima ei se grăbea şi mai tare. Dar, din cauza unor decalaje în pavilion, ea nu primise diureticul de care fusesem sigur că îi va da lovitura de graţie. Panica m-a oprit să-mi duc gîndul pînă la capăt. Cu patruzeci şi cinci de ani în urmă, era de neconceput ca un ucenic, aflat în perioada de antrenare, să pună în discuţie ordinele medicale ale unui medic şef, în special ale unuia atît de distins ca doctorul Levine.

În dimineaţa următoare, m-am grăbit să o văd pe doamna M., dar patul ei era gol. Murise în timpul nopţii. Rezidentul mi-a spus că diureticul o dăduse gata. Cînd a început să

Scanned with OKEN Scanner

elimine mari cantităţi de urină, situaţia ei s-a înrăutăţit într-o clipă. Bătăile inimii au ajuns la 220 pe minut, s-a învineţit, i s-a oprit respiraţia – şi gata a fost. Resuscitarea nu a fost încercată, deoarece această tehnică avea să fie descoperită abia după un deceniu.

Deşi înspăimîntat de cele întîmplate, mărturisesc cu ruşine că eram mai tulburat de posibilitatea de a-mi pierde gradul de asistent decît de tragica soartă a doamnei M. Cariera mea ca elev preferat al lui Levine, pe cît de promiţătoare era înainte, părea acum încheiată.

Am aşteptat sosirea lui Levine cu inima grea, fiindcă mă temeam să-i vorbesc despre doamna M. Îndată ce ne-am văzut, Levin m-a şi întrebat de ea. Cu fruntea plecată, am şoptit că murise peste noapte. Levine o porni înainte, lătrînd un „Urmează-mă!“ M-am conformat, tîrîndu-mi picioarele şi simţindu-mă ca unul care avea să fie acuzat de crimă. Cînd am ajuns în micul lui birou, a încuiat uşa. M-a înspăimîntat cu figura cenuşie şi cu vorbele: „Cu ce am greşit?“

Amintindu-mi, aproape după o jumătate de secol, de acest moment, mă simt încă tulburat de fiorul de intensă emoţie şi de neaşteptata inversare de roluri. Condamnatul care mă consideram era acum aşteptat să pronunţe sentinţa de judecător. Unui începător neexperimentat i se cerea o opinie asupra folosirii improprii a digitalinei, de către unul dintre marii cardiologi, al cărui punct forte era tocmai farmacologia. Pentru mine, acesta a fost momentul suprem al lui Levine ca fiinţă umană. Niciodată n-am întîlnit pe cineva cu atîta rectitudine morală încît să mărturisească o faptă atît de gravă, umilindu-se în faţa unui tînăr student.

I-am explicat că dezordinea în ritmul inimii doamnei M., la vremea internării, era provocată de un mecanism cardiac nedescris pînă în prezent, pe care îl descoperisem recent şi îl denumisem tahicardie atrială paroxistică cu blocaj (TPSV cu blocaj). De obicei, e o expresie a intoxicării cu digitalină. În prezenţa simptomelor PAT cu blocaj, a administra mai multă

Scanned with OKEN Scanner

digitalină ar fi ca şi cum ai încerca să stingi un foc turnînd benzină deasupra. Cu fiecare mărire a dozei, ritmul inimii se accelerează, iar cînd trece de două sute de bătăi pe minut, inima intră în fibrilaţie ventriculară, mecanismul însuşi al morţii cardiace. Fiindcă văzusem aritmia producîndu-se în circumstanţe asemănătoare, cînd l-am auzit pe doctorul Levine că prescrie şi mai multă digitalină, nu mi-am putut reţine groaza la gîndul urmărilor tragice, devenite inevitabile şi prin adăugarea diureticului. TPSV cu blocaj se dezvoltă cel mai adesea la pacienţi care au primit prea multă digitalină şi apoi au încercat să scoată apa şi sărurile din corp, sau electroliţii, cu un diuretic.

Levine a ascultat atent, fără să mă întrerupă. Cînd am terminat, el a pus cîteva întrebări şi a comentat: „Bernie, am apreciat că mi-ai dat o lecţie. Trebuia să fiu mai puţin orgolios şi să dau atenţie celor spuse de tine". Niciodată nu s-a mai referit la acest eveniment, totuşi mi-a mai cerut sfatul pentru folosirea digitalinei la anumiţi pacienţi.

Ceea ce Levine nu ştia era că şi eu trecusem printr-o tragedie similară, rezultată din propria mea ignoranţă. Din păcate, priceperea mea actuală în uzul digitalinei a avut şi ea un preţ ridicat. Era în anul 1948, pe cînd eram rezident la Spitalul Montefiore din Bronx, dedicat îngrijirii bolnavilor cronici. Mulţi pacienţi în fază terminală sau cu probleme cronice nevindecabile erau transferaţi din tot New York-ul la Montefiore pentru îngrijire pe termen lung. Ca rezident, mă bucuram de o autonomie aproape completă. Responsabilităţile erau enorme şi adesea greşit stabilite. Supervizarea era asigurată de rezidenţii şefi, doctori care antrenau personalul şi care uneori aveau doar un an în plus de experienţă clinică. Ei aveau răspunderi oficiale şi îşi limitau supravegherea la scurtele vizite de dimineaţă. Antrenamentul doctorilor se făcea pe seama pacienţilor dezavantajaţi economic, pentru că staff-ul spitalului avea comanda totală a saloanelor în care erau internaţi pacienţii.

Scanned with OKEN Scanner

Există o tendință de înfrumusețare a amintirilor din trecut, „frumoasele zile trecute". Totuşi, reflectînd la îngrijirea din spitale de acum cincizeci de ani, pot vedea enormele schimbări pozitive care au fost aduse între timp. Spitalele sunt acum mult mai sigure, pacienții mai informați, medicamentele repartizate mai cu grijă, sălile de operație mult îmbunătățite ca ambianță şi dotare. Cea mai importantă schimbare este că pacientul are mult mai mult de spus în ceea ce se face. Mutilările care se produceau în spitale în urmă cu cincizeci de ani par astăzi de domeniul inimaginabilului.

Era trecut de miezul nopții cînd o femeie de vreo treizeci de ani a fost adusă în secția mea de la Montefiore. Domnişoara W. cîntărea doar patruzeci şi cinci de kilograme. Era febrilă, arăta jalnic de palidă, iar muşchii ei erau topiți. Globii oculari se legănau ca nişte prune uscate în orbitele largi, iar pielea îi atîrna în cute deshidratate. Problemele ei, deşi numeroase, erau în mare parte rezultatul combinației dintre anorexia nervoasă şi colita ulceroasă. O diaree intratabiă îi drena fluidele corpului, iar anorexia împiedica înlocuirea lor pe cale orală.

Fiind încă fără experiență, m-am fixat pe bătăile ei rapide de inimă, 170 pe minut. Digitalina era primul medicament care să țină în frîu o inimă grăbită, iar din cauza stării tractului ei gastro-intestinal, medicamentul trebuia administrat intravenos. În săptămîna aceea citisem despre un foarte eficient agent de tip digitalic produs în Franța: ouabaina. Acesta putea fi administrat doar intravenos şi acționa ultrarapid, deci părea ideal pentru domnişoara W. Pentru că era deja miezul nopții şi nu era nimeni prin preajmă care să mă ghideze şi considerînd că situația ei este critică, am conectat-o la un electrocardiograf şi i-am injectat în venă ceea ce credeam eu că e o doză mică de ouabaină, o cincime din doza uzuală. Nu s-a petrecut nimic timp de cinci minute. Apoi, brusc, domnişoara W. a început să dea din mîini şi să se zbată ca un peşte pe uscat. Gura ei se deschidea repetat

Scanned with OKEN Scanner

într-o grimasă monstruoasă, căscîndu-se larg să apuce aer. În loc să încetinească, inima continua să accelereze. În cîteva minute a căpătat o culoare vineție, fantomatică. Uitîndu-mă în jos, la desenul electrocardiogramei, am văzut că ritmul devenise haotic, prevestind dangătul funebru de clopot al fibrilației ventriculare. Mici mănunchiuri de mușchi se crispau în agonie, căutînd să apuce și ultima moleculă de oxigen din fluxul care nu mai circula. Împietrit de neputință, am început să tremur ca și cum vedeam o crimă comisă pe un ecran 3-D. Domnișoara W. a murit în decurs de opt minute de la administrarea injecției.

În dimineața următoare, la raportul medical, vinovăția și nesomnul mi-au ascuțit simțul prevestirilor funeste. Fără să omit nici un detaliu, am relatat deschis staff-ului medical, fără menajamente, cele întîmplate și le-am arătat traseele electrocardiografice. Mă temeam de pedeapsă, deși încă judecata sau comportarea mea nu fuseseră condamnate. Dimpotrivă, eram tratat cu respectul acordat unui soldat viteaz în tranșee. Singurele comentarii au fost: „Nu fi prea aspru cu tine", „Pierzi ceva, cîștigi ceva", „Ăsta e prețul plătit ca să ajungi doctor", „Ca să capeți experiență, trebuie să încasezi și niște lovituri" și alte platitudini fără sens, menite să arate solidaritatea. Cel mai dureros comentariu a fost: „Ți-ai asumat un risc calculat". Da, făcusem calcule, dar nu eu, ci pacienta își asumase riscul, fără ca eu să-i fi dat șansa unei alegeri. Șeful echipei medicale, o figură paternă și amabilă, m-a consolat cu afirmația că judecățile bune vin din experiență, deși „experiența e numele pe care-l dăm judecăților rele".

Nu putea fi adevărat! O execuție sumară avusese loc, dar nu se înregistrase un fior moral. Aprobată, acțiunea nu era socotită premeditată, ci izvorîse din ignoranță, dar de cînd ignoranța e un termen justificativ pentru o astfel de greșeală? Cinci minute după ce relatasem acest eveniment tragic, fiecare s-a aplecat asupra cazului următor, fără cea mai mică

Scanned with OKEN Scanner

umbră de indignare. Un pacient fusese prematur trimis pe lumea cealaltă, iar acei doctori bine antrenați, ființe umane cumsecade, îl compătimeau pe acuzat și erau aparent indiferenți față de victimă.

O săptămînă mai tîrziu, cînd a venit rezultatul de la analiza sîngelui pacientei, am observat o profundă modificare a concentrației electroliților, inclusiv potasiul, sodiul și clorații. Nu am făcut imediat legătura între potasiul foarte scăzut – numai 1,6 mili-echivalenți, cam o treime din concentrația normală – și extrema ei sensibilitate la ouabain. (Relația dintre potasiu și digitalină nu fusese încă descoperită.)

Mai tîrziu, tot în acel an, cînd știam mai multe, am reexaminat electrocardiograma pacientei. Era clar că la internare ritmul inimii ei era de „tahicardie sinusală", un ritm rapidă, de altfel un răspuns normal la stresul fizic sau psihologic. Într-o astfel de situație clinică, digitalina este ineficientă pentru încetinirea tahicardiei. Totuși asta nu conta pentru extraordinara ei sensibilitate la digitalină. Pacienta nu mai primise digitalină înainte de mica doză fatală, iar examinarea post-mortem nu a relevat nimic, arătînd un mușchi perfect normal al inimii, valve intacte și vase coronare permeabile. În absența unei boli de inimă, chiar și o masivă doză de digitalină nu ucide. După opinia cardiologului șef de atunci de la Spitalul Montefiore, tinerii cu inimi normale pot consuma cantități importante de digitalină. Căutînd prin literatură, am dat peste o tentativă de sinucidere în care persoana luase de două sute de ori doza pe care eu o administrasem și a supraviețuit. De ce atunci această accentuată sensibilitate ?

Am avut puțin timp pentru căutarea unui răspuns. Munca echipei era asiduă, cu gărzi alternative de noapte și de week-end. Numărul de pacienți era mare, mulți dintre ei în pragul morții. Ajungînd acasă frînt de oboseală, descopeream că cei doi copii ai mei tînjeau după atenția

Scanned with OKEN Scanner

tatălui, iar soția, izolată într-un mic apartament, departe de prieteni și familie, își dorea companie. Aveam deci puține șanse să fiu obsedat de eroarea mea fatală, iar acea experiență nefericită, rămasă nerezolvată, s-a lăsat la fund, în adîncurile conștiinței mele, deși continua să exercite o forță de atracție subliminală.

Anul următor, ca rezident șef, am avut mai mult timp de gîndire, iar trista domnișoară W. a reînceput să apară în gîndurile mele cînd încercam să mă relaxez sau înainte să adorm. Ca o durere de dinți, mereu înfiptă în conștiință, moartea femeii îmi bîntuia mintea, amintirea ei era reaprinsă de numeroșii pacienți pe care îi vedeam intoxicați cu digitalină. Mulți dintre ei primeau o doză fixă de digitalină, iar starea toxică era provocată de administrarea diureticelor cu mercur. Îndată ce se oprea fluxul mare de urină provocat de acestea, pacientul începea să simtă greață, să vomite, avea ameteli și slăbiciune. Bătăile inimii deveneau neregulate sub rafalele de extrasistole ventriculare. La bolnavii mai în vîrstă, intoxicația digitalică devenea un simptom prevestitor, de obicei anunțînd moartea.

Pe la mijlocul anilor '30, Levine furnizase cea mai răspîndită acceptată explicație pentru intoxicația cu digitalină indusă diuretic. Raționamentul era că atunci cînd un diuretic acționează asupra rinichilor pentru a elimina din corp excesul de sare și de apă, fluidul nu poate ajunge la rinichi fără a traversa inima. Levine a presupus că din moment ce digitalina era distribuită prin tot corpul, fluidul mobilizat de diuretic conținea cantități substanțiale din acest drog. Diureza era deci echivalentă cu administrarea unui plus de digitalină prin redistribuirea ei din depozitele corpului. Levine era convins că probase această ipoteză cînd demonstrase că fluidul edemic ce se scurgea din pacienții care luau digitalină conținea o cantitate suficientă de drog pentru a opri bătăile inimii unei broaște. Pe scurt, cauza intoxicației cu digitalină indusă prin administrarea unui diuretic era datorată expunerii mușchiului inimii la o cantitate sporită de digitalină, proces pe care Levin l-a denumit *redigitalizare*.

Scanned with OKEN Scanner

Această teorie nu avea relevanţă în cazul domnişoarei W. Ei nu i s-au administrat diuretice, iar înainte de a primi ouabainã nu mai primise digitalină. Trebuia găsit un alt mecanism care să dea seamă de hipersensibilitatea ei la digitalină. Această concluzie m-a stimulat să examinez mai critic ipoteza lui Levine. Potrivit cu teoria lui, intoxicaţia cu digitalină ar trebui să se petreacă la pacienţii cu diureză abundentă, pe cînd cei cu slabe eliminări urinare nu ar prezenta fenomenul de redigitalizare. Partea dificilă era că nu puteam detecta o relaţie prea clară între acestea. Uneori, pacienţii care abia răspundeau la diuretice apăreau puternic intoxicaţi; iar alţii, care pierdeau galoane de lichid, scădeau cu cinci sau mai multe kilograme în greutate, dar nu arătau nici o urmă de supradoză de digitalină.

Pentru a testa teoria lui Levine, am administrat extradoze de digitalină unor pacienţi care avuseseră intoxicaţie după un diuretic. Iar doza pe care o prescriam depăşea cantitatea pe care Levine o sugera ca prezentă în fluidele secretate după diuretic. Cu toate acestea, nici un pacient nu a dezvoltat intoxicaţie cu digitalină din acea unică doză adiţională. Nici nu au prezentat vreunul dintre simptomele tipice şi nici nu au înregistrat aritmii care să trădeze supradigitalizarea. Pentru mine, ipoteza lui Levine era demolată. Dar nici nu identificasem factorul „X“ vinovat de mărirea sensibilităţii la digitalină; parcă fusese eliminat, pe neobservate, din corp.

Dacă diureticul „spăla“ ceva din corp, care putea fi acest element? Cazul domnişoarei W., la fel cu fantoma lui Banquo din „Macbeth“, îmi sugera răspunsul. Refrenul obsesiv al morţii ei subite s-a cristalizat într-o întrebare: oare cantitatea scăzută de potasiu afectează sensibilitatea cardiacă la digitalină? Căutînd prin literatura medicală, am dat peste un cardiolog din San Francisco, John Sampson, care descoperise în anii '30 că potasiul poate înlătura extrasistolele sau bătăile suplimentare de inimă, o expresie frecventă a supradozei de digitalină. Dar acest lucru lăsa fără răspuns

Scanned with OKEN Scanner

întrebarea esențială despre relația adversă dintre potasiul scăzut și digitalină.

Dacă potasiul era factorul „X", atunci o concentrație redusă de potasiu în sînge s-ar putea găsi doar în acele cazuri care manifestă intoxicații cu digitalină după ce li s-a administrat un diuretic, dar nu și în acelea lipsite de astfel de simptome. Spre bucuria mea, acesta s-a dovedit a fi adevărul. Dar conceptul meu nu fusese încă dovedit cu rigoarea cerută de știință. Pentru a o obține, era necesară o replică experimentală la ceea ce se întîmplase cu domnișoara W., demonstrînd concret că un medicament diuretic sensibilizează inima la digitalină doar cînd o cantitate substanțială de potasiu este eliminată din corp. Aceasta presupune o concentrație anormal de mică a potasiului în sînge, condiție denumită *hipokaliemie*. Dacă ipoteza mea era corectă, sensibilitatea la digitalină după administrarea unui diuretic trebuia să fie în funcție de reducerea potasiului din sînge de către diuretic.

Experimentul era mai simplu de explicat decît de executat. Cum puteam eu să arăt că un pacient care nu primise pînă atunci digitalină a devenit sensibil la acțiunea toxică a acesteia în virtutea scăderii potasiului indusă de un diuretic? Aceasta părea o enigmă de nerezolvat. Apoi, după cum se întîmplă frecvent, enigma se clarifică. Încă o dată, amintirea domnișoarei W. mi-a sugerat răspunsul. De ce n-aș întrebuința un medicament pe bază de digitalină cu acțiune scurtă, ca acela pe care i-l dădusem ei, ca să stabilesc doza cerută pentru a provoca o ușoară toxicitate? Dacă punctul meu de vedere era corect, pacientul care pierde potasiu după un diuretic are nevoie de o cantitate mult mai mică de digitalină pentru a ajunge la punctul toxic. Planul experimental era acum evident: administrarea unui medicament din digitalină cu acțiune scurtă înainte și după un diuretic. Pentru aceasta aveam nevoie de un medicament mai sigur decît oubainā, mai prompt în instalarea acțiunii și cu o eliminare mai rapidă.

Scanned with OKEN Scanner

Am căutat toate tipurile de medicamente disponibile pe bază de digitalină cu acţiune rapidă, dar nici unul nu se potrivea. Atunci am aflat că doctorul Charles Enselberg, cardiolog la Montefiore, avea în curs de experimentare un nou agent digitalic sintetic, *acetil strophanthidina*. Cu acest medicament, un fel de văr primar al ouabainei, se realiza digitalizarea în numai cîteva minute, apoi era eliminat total din corp în mai puţin de două ore. Supradozele nu puteau conduce la o toxicitate serioasă din moment ce drogul era rapid eliminat. Era ideal pentru planul meu. Pe vremea aceea nu existau comitete care să decidă ce e permis să li se facă pacienţilor. Nu se cerea nici un consimţămînt. Singura permisiune necesară era din partea şefului de serviciu. Iar răspunsul era invariabil afirmativ. De fapt, cineva putea cîştiga puncte dacă manifesta o înclinaţie spre cercetare.

Entuziasmul meu creştea zi după zi, iar emoţiile se succedau cu mare viteză. Am recrutat rapid zece pacienţi cu insuficienţă cardiacă cărora nu li se administrase digitalină şi le-am prescris, intravenos, o cantitate tolerabilă de acetil strophanthidină. Două ore mai tîrziu, cînd drogul fusese complet eliminat din corp, li s-a administrat un diuretic pe bază de mercur. Timp de 24 de ore, fiecare picătură din urina lor a fost colectată pentru a măsura cantitatea de potasiu eliminată. În ziua următoare am testat din nou toleranţa lor la acetil strophanthidină. Cîţiva pacienţi au avut nevoie de mult mai puţin medicament pentru a atinge a doua oară punctul de toxicitate, în timp ce alţii au tolerat exact aceeaşi doză. Ca să nu influenţez rezultatele, l-am rugat pe doctorul Ray Weston, un cardiolog din cercetare, să analizeze datele. Cînd mi-a arătat rezultatul, nu mi-am putut stăpîni exaltarea. Pacienţii care nu au manifestat schimbări nu pierduseră potasiu, iar concentraţia acestuia în sînge rămăsese neschimbată. Pe de altă parte, cei care la a doua administrare de acetil strophanthidină au fost mai sensibili şi au putut

Scanned with OKEN Scanner

tolera mai puțin drog, pierduseră mari cantități de potasiu prin urină. Aceasta a fost coroborată cu o scădere a concentrației de potasiu din sînge.

Fără suport financiar sau asistență tehnică, eram silit să fac singur toată munca. Cercetarea nu mă scutea de sarcinile clinice grele de rezident. Însemna că ziua mea de muncă de 14 ore se prelungea cu cîteva ore, dar entuziasmul meu și implicațiile clinice importante mi-au trezit energii extraordinare. Meritau munca grea și nopțile fără somn. Aceste cercetări au avut ca rezultat prima mea comunicare publicată. Era un articol subțire, de numai cîteva pagini, dar a fost larg cunoscut și citat. Lucrarea a apărut în *Journal of the American Medical Association*, ca și în *Lancet*, o revistă medicală de vîrf. Amîndouă l-au apreciat ca un studiu de bază.

Intoxicarea cu digitalină era o principală cauză de moarte printre pacienții cu insuficiență cardiacă, iar descoperirea mea cum că diureticele induc o pierdere de potasiu, sensibilizînd inima la acțiunea toxică a digitalinei, a ridicat numeroase întrebări la care trebuiau găsite răspunsuri urgent. Era important să continui cercetarea pentru a obține titlul de asistent în cardiologie la un spital implicat în cercetarea de vîrf. Spitalul Peter Bent Brigham (PBBH), numit astăzi Brigham and Women's Hospital, era instituția ideală pentru a investiga ramificațiile complete ale relației digitalină-potasiu.

În acele vremuri, doctorul John Merrill desfășura studii de pionierat la PBBH cu recent introdusul rinichi artificial și sute de pacienți erau supuși anual la dializă. Mulți dintre ei aveau insuficiență cardiacă și primeau digitalină. Dializa, pe lîngă eliminarea deșeurilor metabolice, elimină și potasiul din corp. Aceasta îmi oferea o ocazie unică să determin concret cum pierderea potasiului din corp îi afectează pe pacienții cărora li se administrează digitalină.

O atracție și mai mare era ocazia de a lucra cu doctorul Levine, deși credeam că am puține șanse să obțin un post de

Scanned with OKEN Scanner

asistent. El primea o singură persoană pe an – şi de preferinţă absolvenţi de la Harvard, mai ales din cei trecuţi prin staff-ul de la PBBH. Totuşi, nu aveam nimic de pierdut depunînd o cerere, iar spre marea mea surpriză am fost acceptat pentru un interviu.

Am născocit o strategie bizară. Am aflat de la ceilalţi medici că Levine era impecabil de onest şi excesiv de mîndru şi nu accepta să fie contrazis. Am decis deci să lansez o provocare adresată operei lui. Cînd mi-am prezentat recomandările nu tocmai impresionante, el a întrebat, cum mă aşteptam, de ce doresc să fiu asistentul lui. I-am răspuns că scopul meu era să-i dovedesc că a greşit asupra unui concept pe care îl lansase. Uimit pentru moment, a întrebat care ar putea fi acesta. I-am explicat că teoria lui larg acceptată cu privire la redigitalizarea diuretică era eronată. Abia a reuşit să se stăpînească. „Este evident că n-ai citit articolul nostru asupra acestui subiect, zise el, fiindcă noi am dovedit cu certitudine că fluidul edemic are mari cantităţi de digitalină.“* Am răspuns cu un argument pregătit cu grijă despre rolul critic pe care descoperisem că îl are potasiul, adăugînd şi că Spitalul Peter Brent Brigham era locul ideal în care să-mi continui cercetările. Apoi a venit o bine exersată lovitură de graţie, anume că fiecare savant capabil, aşa cum era Levine, consideră că pe lîngă promulgarea adevărului, recunoaşterea publică a erorilor este o mare virtute. Atitudinea ostilă a lui Levine cînd ne-am despărţit arăta că nu aveam nici cea mai mică şansă de a obţine postul. Levine s-a dovedit însă un om de o mare integritate. Deşi egoul lui fusese atins, mi-a oferit totuşi slujba, dar m-a pedepsit pentru îndrăzneala mea interzicîndu-mi timp de mai mult un an să-mi continui cercetările privind digitalina.

---

* M.A.Schnitker – S.A.Levine, Presence of Digitalis in Body Fluids of Digitalized Pacients, *Archives of Internal Medicine* 60 (aug.1937), pp. 240-250.

Scanned with OKEN Scanner

Totuşi, în al doilea an, Levine mi-a permis să mă ocup de medicament. În scurt timp, noi am dovedit indubitabil că există relaţia digitalină – potasiu. Aceasta i-a alertat pe doctori asupra importanţei potasiului în geneza intoxicaţiei cu digitalină şi în aritmiile inimii şi i-a făcut să prescrie un supliment de potasiu cînd administrau diuretice. De asemenea, studiul nostru a stimulat apariţia unei noi clase de medicamente diuretice apte să păstreze potasiul în corp. Descoperirile noastre au apărut într-un număr de publicaţii şi chiar într-o carte, care a devenit bestseller medical. În vîrstă de abia treizeci de ani, am fost catapultat într-o recunoaştere publică legată de cel mai important medicament pentru inimă din vremea aceea . De-a lungul anilor '50 , subiectul principal al cursurilor mele de lector era „Uzul şi abuzul de digitalină". O dată, fiind invitat ca vorbitor la o întîlnire dintr-un orăşel din Michigan, preşedintele prezidiului, care se cam ameţise, m-a prezentat cam în felul următor: „Este o mare onoare pentru spitalul nostru să-l avem printre noi pe doctorul Lown, cel mai cunoscut otrăvitor cu digitalină". Brusc, domnişoara W., în agonia ei finală, mi-a apărut în faţa ochilor. Vinovăţia mă rodea ca un ulcer.

Cercetările asupra digitalinei şi potasiului m-au condus de-a lungul vieţii la convingerea că orice medicament este o potenţială otravă deghizată, ceea ce, desigur, nu era o observaţie nouă. Paracelsus, celebrul alchimist şi medic al evului mediu, scria: „Toate substanţele (medicamentele) sunt otrăvitoare; doza corectă face distincţia între o otravă şi un remediu".

Shakespeare a spus-o şi el, mai poetic. În *Romeo şi Julieta*, călugărul Lorenzo caută o poţiune pentru somnul Julietei care să simuleze moartea. Întîlnind o plantă cu puteri medicale, el reflectează:

„Virtutea-n viciu se preface atunci cînd e nebună;
Iar viciul se preface adesea-n faptă bună,
Precum în cupa ăstei flori aflăm otravă,
Iar medicina o preface-n leac, fără zăbavă".

Scanned with OKEN Scanner

Munca mea de cercetare asupra digitalinei a dus la un număr de progrese ulterioare: a crescut interesul pentru aritmiile cardiace, din moment ce digitalina putea provoca orice fel de bătaie de inimă; pentru prima dată doctorii aflau că dezordinea ritmului atrial poate fi o urmare a digitalinei. Cercetarea a condus, de asemenea, la abandonarea medicamentelor din digitalină cu acțiune îndelungată, ca: frunza de digitală, digitoxin, Gitaligin şi altele. Agitația mea pentru utilizarea digoxinei a condus la acceptarea ei universală şi multe vieți au fost salvate printr-o folosire mai sigură a medicamentelor digitalice.

Deşi prin moartea ei domnişoara W. a lăsat o moştenire de viață, eu rămîn convins că finalurile fericite justifică rareori mijloacele rele. Tragedia la care am supus-o pe domnişoara W. s-a petrecut devreme în viața mea şi mi-a format sensibilitatea morală necesară în confruntarea cu miriadele de probleme cărora trebuie să le facă față doctorul. M-a sensibilizat la faptul că prea adesea în medicină, ca de altfel şi în viața de zi cu zi, scopurile rezonabile dau naştere unor fapte rele. Mijloacele necinstite poluează adesea rezolvările bune. Puțină lume ar contesta că prelungirea vieții este neîndoielnic un bine. Şi totuşi, țintind la prelungirea vieții, profesioniştii sănătății produc adesea suferințe indescriptibile. Şi mai nocivă însă este opinia conform căreia intențiile bune ar scuza actele îndoielnice. Sunt convins că fibra morală se destramă cînd mijloacele şi scopul sunt separate.

Scanned with OKEN Scanner

12

O nouă tradiție medicală

Doctorul Samuel Levine a fost primul care a subliniat că statul în pat este dăunător pentru pacienții cardiaci. El a fost profund convins de acest adevăr în urma experienței sale în tratarea pacienților cu insuficiență cardiacă și, mai ales, a unui pacient care l-a făcut să se gîndească la posibilele efecte nocive ale poziției culcat.

Pe la sfîrșitul anilor '30, Levine a fost chemat să vadă un om foarte bolnav, cu o avansată insuficiență cardiacă congestivă. Ca medic consultant, Levine era așteptat să scoată un iepure terapeutic din jobenul lui clinic. Totuși, doctorii încercaseră totul în acest caz. Levine a notat că pacientul era neliniștit și plămînii lui erau încărcați cu lichid. S-a gîndit că, poate, dacă pacientul va fi instalat într-un scaun confortabil, gravitația îi va extrage lichidul din plămîni, unde se acumulase, luînd locul oxigenului, și îl va îndrepta spre mai puțin dăunătoarele depozite din membre. După cum a presupus Levine, așezarea pacientului într-un scaun confortabil a dus la refacerea lui neașteptată.

Multe asemenea observații l-au convins pe doctorul Levine de consecințele nefaste ale repausului la pat, mai ales pentru pacienții cu insuficiență cardiacă. Pe lunga listă de complicații el a inclus: atelectazia, sau colapsul lobilor pulmonari, cu predispoziție la pneumonie; embolia pulmonară; prostatismul; retenția urinară; osteoporoza și constipația. Repausul la pat, a gîndit el, este cel mai dăunător

Scanned with OKEN Scanner

pentru cei care au suferit un infarct miocardic acut, adică tocmai pentru acei oameni cărora le e de obicei prescris un repaus absolut la pat.

La începutul anilor '50, pacienții cu diagnostice ca: tromboză acută coronariană, infarct miocardic acut sau orice eveniment cardiac acut erau constrînşi la repaus strict la pat pentru 4-6 săptămîni. Statul pe scaun era interzis. Ei nu aveau voie nici să se întoarcă de pe o parte pe alta fără ajutor. În timpul primei săptămîni, pacienții erau hrăniți de o infirmieră. Urinarea şi scaunele necesitau un vas special pentru pat. Pentru cei constipați, ceea ce însemna aproape fiecare pacient, echilibrul precar pe care i-l oferea plosca devenea jenant şi chinuitor.

Insistența medicului în a prescrie rigurosul repaus la pat era bazată pe un principiu medical sacrosanct, – nevoia de odihnă a organului lezat, fie el un membru fracturat sau un plămîn cu tuberculoză. Spre deosebire de un os rupt, care putea fi imobilizat într-o atelă, sau un lob pulmonar, care putea fi liniştit prin umplerea cavității toracice cu aer, inima nu putea sta liniştită. Singurul mod de repaus, apoximativ, pentruo inimă bolnavă constă în micşorarea volumului ei de muncă. O sarcină mai redusă pentru inima aflată în convalescență se manifestă printr-un ritm cardiac mai lent şi printr-o tensiune mai scăzută, amîndouă fiind indicii ale folosirii reduse de oxigen şi deci o mai uşoară activitate a inimii. Astfel, repausul la pat era echivalat cu odihnirea inimii.

Dar era într-adevăr aşa? Surprinzător, nimeni nu studiase problema, deşi orice alt aspect al îngrijirii celor cu atacuri de inimă fusese investigat pe larg. Pe atunci nu existau monitoare pentru supravegherea ritmului inimii. Importanța aritmiilor ca o cauză a morții era necunoscută. Spitalul Peter Bent Brigham avea doar două electrocardiografe, unul dintre ele, aflat pe o platformă mobilă, servind pentru pacienții internați care nu puteau fi transportați la secția pentru bolnavi coronarieni. Medicamentele pentru afecțiunile cardiace erau

Scanned with OKEN Scanner

glicozide de tipul digitalinei, antiaritmicele cum sunt chinidina şi procainamidele, anticoagulante ca heparina şi warfarina, morfina şi diferite sedative. Cînd pacienţii erau neliniştiţi sau anxioşi, li se dădeau sedative puternice, care desigur contribuiau la rata complicaţiilor şi a mortalităţii neaşteptate. Complicaţiile ameninţătoare ale unui infarct erau şocul, edemul pulmonar şi atît de comuna, dar periculoasa pentru viaţă, embolie pulmonară.

Pacienţii cu infarct reprezentau o mare provocare pentru personalul auxiliar, presupunînd hrănirea pacienţilor de trei ori pe zi, deplasarea greutăţii lor pentru a-i aşeza pe ploscă şi susţinerea moralului în condiţii care favorizau mai curînd lipsa de speranţă şi depresia. Lucrul infirmierelor era complicat şi de faptul că bolnavii care aveau nevoie de oxigen trebuiau plasaţi în corturi speciale care le acopereau corpurile. Pentru a obţine concentraţia de oxigen necesară, aşternuturile de pat trebuiau pliate strîns, spre a preveni pierderile de aer. Pacienţii păreau copilaşi nemişcaţi şi înfăşaţi. În izolarea lor, nu puteau fi auziţi din cauza zgomotului pompei de oxigen şi nici văzuţi prin corturile ceţoase de plastic. Pe vremea aceea, 35 % dintre pacienţii internaţi cu infarct miocardic la Brigham mureau.

La vizitele de dimineaţă, Levine comenta adesea că rezultatele ar fi mult mai bune dacă pacientul ar sta într-un scaun confortabil. Cînd l-am întrebat dacă a studiat această problemă, a răspuns că era prea ocupat şi prea în vîrstă pentru o astfel de întreprindere. M-am oferit voluntar să continui acest lucru, iar Levine mi-a acceptat oferta. Deşi ştiam că proiectul va fi o sarcină neplăcută, nu mă aşteptam la un act de martiraj. Nu mă gîndisem că eram pe cale să spargem o tradiţie, iar acest tip de greşeală putea stârni furtuni şi opoziţii. O scurtă perioadă m-am înstrăinat chiar de Levine, căci tocmai scria un articol despre hazardatul repaus la pat al pacienţilor cardiaci şi mă invitase să fiu coautor. În loc să-mi exprim gratitudinea, mi-am declinat participarea. Nu făcusem

Scanned with OKEN Scanner

nimic pentru această lucrare şi nu consideram că este etic să pretind că aş avea vreo contribuţie. Levine s-a simţit profund ofensat, iar în următorii cincisprezece ani ai colaborării noastre nu m-a mai rugat niciodată să fiu coautor. Începusem cu stîngul.

Pentru a duce la capăt acest studiu, a trebuit să văd pacienţii diagnosticaţi cu atac de cord imediat după sosirea lor şi să conving personalul să le recomande să se odihnească într-un mare şi confortabil şezlong pe care îl construisem special în acest scop. Ţinta noastră era să ţinem pacienţii afară din pat încă din prima zi de la internare. Pledoaria mea şi argumentele generale nu au fost de nici un folos. Fiind invitat să citez din literatura medicală în acest sens, nu am putut să mă conformez, deoarece nu exista nici una. Cei mai mulţi dintre doctori priveau acest fapt ca pe o aventură lipsită de etică. Cînd insistam, cineva îmi atrăgea atenţia asupra proceselor de la Nürenberg şi a imoralităţii experimentelor medicale nejustificate. Intrînd în cîte un salon, eram întîmpinat cîteodată cu salutul nazist, cu lovirea călcîielor şi cu un *Sieg heil!*

Tactica mea pentru a ocoli opoziţia personalului era să-l aduc pe Levine în salon. El acţiona ca un şerif hotărît să menţină liniştea şi ordinea, descinzînd la o acţiune de nesupunere civilă. Spitalele, pe-atunci şi instituţii de învăţămînt, erau organizate ca fiefurile feudale. Fiecare medic-şef de secţie, de obicei un practician privat, era considerat lordul acestei feude şi putea să practice după propria voinţă, fără amestecul directorului medical. Personalul era obedient, ca şi cum s-ar fi aflat în serviciul militar. Mîna disciplinară era invizibilă, dar era perfect percepută de către profesioniştii tineri şi ambiţioşi, nerăbdători să avanseze. De aceea instrucţiunile lui Levine de a scoate din pat victimele atacurilor de inimă nu erau evident respinse, dar asta nu îi împiedica pe cîţiva interni şi rezidenţi să-şi îndrepte mînia asupra mea.

Scanned with OKEN Scanner

Ideea de a muta un bolnav critic într-un scaun, fie el şi confortabil, era privită ca bizară şi neconvenţională, în ciuda faptului că emana de la o mare autoritate. De multe ori, pe la spatele lui Levine, cîte un intern mînios îmi arăta pumnul, bombănind: „Te prindem noi mai încolo, Lown." Dar chiar şi cu garanţia lui Levine, recrutarea acestor pacienţi mergea încet şi cu întreruperi. În vreme ce Brigham interna, în medie, un pacient cu atac de inimă zilnic, ne consideram norocoşi să recrutăm un singur pacient pe săptămînă pentru tratamentul în scaun.

Mărturia chiar şi a unui singur pacient „înscăunat" despre recuperarea lui rapidă a făcut ca studiul să ia avînt. În scurt timp eram năpădit, la orice oră, cu cereri de „înscăunare". „Ucazul" lui Levine nu mai era necesar – şi în următoarele cinci luni 81 de pacienţi au fost trataţi în acest fel. La început erau instalaţi în scaun pentru o jumătate de oră; la sfîrşitul primei săptămîni de spitalizare, rămîneau aşezaţi aproape toată ziua.

Comparativ cu pacienţii îngrijiţi de alţi doctori prin repaus strict la pat, ai noştri mergeau remarcabil de bine. Levine a ocolit explicaţia psihologică, atribuind beneficiile factorilor mecanici. El a făcut apel la acelaşi fel de raţionamente ca şi în cazul repausului la pat, dar a răsturnat argumentul. În esenţă, a zis el, postura ridicată reduce încărcarea inimii. În poziţia şezînd, gravitaţia atrage sîngele în partea inferioară a corpului; avînd un volum mai scăzut de pompat, inima lucrează mai puţin. Explicaţia părea să nu aibă sens. Cum putea un pacient stînd aşezat 30-60 de minute din 24 de ore să înregistreze un efect atît de extraordinar şi de durată, mai ales dacă ritmul inimii şi tensiunea cresc prin ridicare în şezut?

Observaţiile mele asupra multor pacienţi cu infarct miocardic trataţi prin ambele metode, – şi prin repaus la pat şi prin regimul, mai liberal, aşezat, – au sugerat o explicaţie diferită, care are de-a face mai mult cu factorii psihologici,

Scanned with OKEN Scanner

decît cu cei fizici. A te simţi bine în acest moment şi a fi în următorul, serios bolnav este un şoc psihologic major. A ţi se spune că starea de rău este urmarea unui atac de inimă, te face să te gîndeşti la cumplitele sale consecinţe: neputinţa şi moartea. Ideea de fatalitate era întărită şi de insistenţa medicului pentru a respecta repausul complet la pat, interzicînd orice activitate şi chiar orice mişcare în pat. Pacientul era astfel lăsat la cheremul unor forţe asupra cărora nu avea control. Anxietăţii i se adăuga şi lipsa posibilităţii de a preciza o durată de recuperare. Inevitabila nelinişte şi agitaţie a pacientului era combătută cu o mare cantitate de bromuri şi mai tîrziu, de barbiturice. Durerea era invariabil severă şi de durată, necesitînd mari doze de narcotice. Combinaţia acestor factori ducea la o multitudine de complicaţii, multe dintre ele extrem de periculoase.

A zace în pat 24 de ore neîntrerupt, pe lîngă faptul că te simţi inconfortabil şi nefiresc, subminează puterea fizică şi slăbeşte hotărîrea psihologică. După trei săptămîni în pat, depresia devine o regulă şi mulţi pacienţi îşi pierd interesul pentru supravieţuire. Prin contrast, pacienţii îngrijiţi în scaun nu se consideră bolnavi fără speranţă. La urma urmei, în cultura noastră, actul morţii are loc în pat, aşa că se instalează o oarecare siguranţă cînd te afli în afara lui. Creşterea progresivă a timpului petrecut în afara patului devine o măsură de evaluare a progreselor făcute. Pacientul este învestit ca participant activ şi informat asupra procesului de vindecare. Am ajuns să cred că această împuternicire a fost factorul determinant, mult mai eficient, pentru înlăturarea fricii şi risipirea anxietăţii decît cuvintele încurajatoare ale echipei medicale.

Urmărindu-i pe aceşti pacienţi, am observat multe alte schimbări salutare. La o zi după internare, ei nu mai arătau bolnavi sau palizi. Durerile lor răspundeau mai prompt la doze mici de morfină. Deşi starea lor rămînea gravă, înfăţişarea era îmbunătăţită şi erau nerăbdători să-şi reia viaţa normală. Pacienţii aşezaţi în scaun începeau prompt să

Scanned with OKEN Scanner

convingă personalul să-i lase să umble şi solicitau o externare mai rapidă.

Alte rezultate erau de asemenea şocante. La 30% dintre pacienţii trataţi în pat care mureau, embolia pulmonară era cauza decesului. Ameninţătoarea complicaţie, rezultînd din tromboflebita venelor de la picioare, nu a fost observată în nici unul din cazurile de pacienţi trataţi pe scaun. Retrospectiv, cred că acest rezultat nu era surprinzător. Anxietatea creşte viteza de coagulare a sîngelui, iar imobilizarea totală contribuie la încetinirea fluxului sangvin. Poziţia culcat încetineşte şi ventilarea plămînilor, care altminteri acţionează ca nişte foale ce trag sîngele spre piept facilitînd astfel circulaţia venoasă de întoarcere a sîngelui de la periferie spre inimă. Pulpele picioarelor, apăsate de statul în pat împiedică şi ele circulaţia venoasă. Toţi aceşti factori acţionează concertat pentru a cauza flebita picioarelor, cu cheaguri care tind să se propage la plămîni, provocînd astfel temuta embolie pulmonară.

La pacientul tratat în scaun, aceşti factori s-au redus, dacă nu cumva au devenit total absenţi. O altă complicaţie a dispărut de asemenea, sindromul mînă-umăr, o afecţiune artritică dureroasă şi invalidantă ce implică umărul stîng blocat, şi mîna stîngă, umflată şi înroşită. Erau la modă diverse teorii pentru a explica schimbările frapante survenite la nivelul mîinii. O teorie răspîndită pe atunci la nivelul mîinii atribuia modificarea unui reflex ce porneşte de la muşchiul bolnav al inimii, reflex care traversează sistemul nervos autonom şi contractă vasele mici, reducînd fluxul sangvin spre mînă. Aceasta a fost denumită distrofie simpatică neurală. Imobilitatea era un factor critic în dezvoltarea acestui sindrom. Am întîlnit cel puţin 50 de pacienţi cu sindromul mînă-umăr în vremea tratamentului strict la pat, dar nu-mi amintesc să-l mai fi întîlnit după ce scaunul a devenit tratament standard.

În ciuda predicţiilor sumbre, ridicarea pacienţilor din pat în perioada durerilor după un infarct miocardic acut nu a

Scanned with OKEN Scanner

dus la nici o complicaţie. După cum spuneam în raportul nostru publicat, „Cel mai încurajator aspect al acestui tip de îngrijire a pacienţilor cu atac coronarian acut a fost continua stare de bine şi moralul ridicat. Acesta apărea mai ales la pacienţii care au avut a doua sau a treia ocluzie coronariană. Comentariul lor invariabil arăta că episodul curent fusese mai uşor de suportat".*

În ianuarie 1951, Levine a sugerat ca eu să scriu o primă schiţă a experienţei noastre, care să fie prezentată la prestigioasa Asociaţie a Medicilor Americani. Grupul se întîlnea anual în luna mai, la Atlantic City. Cînd am întrebat cît timp am la dispoziţie, Levine mi-a răspuns că, fiind deja joi, aştepta schiţa completă pentru lunea următoare. Am rămas fără grai, gîndindu-mă că aveam nevoie de cel puţin patru săptămîni pentru redactare. În vremea aceea, singura mea experienţă în scris fusese o luptă de două luni pentru a completa un raport de patru pagini despre digitalină şi potasiu.

Am lucrat nonstop, fără să dorm. Necunoscînd dactilografia, am scris şi am rescris de mînă mai multe versiuni ale acestui articol de 15 pagini. După cum mi-a cerut, i-am înmînat articolul luni, anticipînd o critică severă şi multe corecturi.

În următoarele zile, dat fiind că Levine nu făcuse nici un comentariu, neliniştea mea a crescut. Am presupus că a găsit manuscrisul jalnic şi nu a vrut să-mi rănească sentimentele spunîndu-mi. În cele din urmă, incapabil să mă mai abţin, l-am întrebat ce crede despre manuscris. Levine mi-a răspuns prozaic că i-a plăcut şi că l-a trimis fără nici o modificare. Am fost deosebit de surprins că nu făcuse schimbări în secţiunea de discuţii, deşi el era convins că factorii circulatori erau primii responsabili pentru efectul salutar al tratamentului

* S.A.Levine – B.Lown, „*Armchair "Treatment of Acute Coronary Thrombosis*„Journal of the American Medical Association" 148 (aprilie 1952), p. 1365.

Scanned with OKEN Scanner

în scaun, în timp ce raportul „nostru" accentua rolul factorilor psihologici. Oricum, comunicarea a fost prompt acceptată pentru prezentare.

Imediat ce am ajuns la Atlantic City, Levine şi-a adunat colegii, cîţiva medici de frunte ai Americii, şi au pregătit împreună nişte comentarii la prezentare, care dura cam zece minute. Într-adevăr, nici nu se terminase bine comunicarea, că s-au şi repezit, cu efuziuni laudative, să aprecieze calitatea novatoare şi semnificaţia istorică a raportului lui Levine, care va revoluţiona îngrijirea pacienţilor cu atacuri de inimă. Nimeni nu s-a ridicat să contrazică remarcile pretenţioase. O persoană de lîngă mine, necunoscînd asocierea mea cu manuscrisul respectiv, şi-a permis o butadă: „Ne vom referi într-o zi la această metodă ca la scaunul electric, nu ca la scaunul de tratament."

Mai tîrziu am realizat că studiul nostru fusese sărăcăcios realizat din moment ce era necontrolat, anecdotic, iar eşantioanele de pacienţi prezentate nu permiteau să se tragă concluzii. Totuşi, raportul a exercitat un efect profund asupra îngrijirii pacienţilor cu atac de cord. Pînă la lucrarea noastră, ei erau spitalizaţi o lună sau chiar mai mult. În cîţiva ani de la publicare, perioada de spitalizare a fost redusă la jumătate, lista de activităţi permise pacientului se lărgise şi autoîngrijirea devenise o normă. Îngăduindu-li-se să umble mai devreme, plosca şi patul-toaletă fuseseră şi ele abandonate, iar mortalitatea în spital se redusese cu o treime. Luînd în considerare faptul că în Statele Unite aproape un milion de oameni sufereau anual un atac de cord, poate o sută de mii de vieţi au fost salvate în fiecare an prin această simplă strategie. Reabilitarea era accelerată, ca şi întoarcerea la muncă. Timpul necesar pentru restabilirea deplină se redusese de la trei luni la o lună.

Continui să fiu tulburat de felul în care doctorii recomandă tratamente care nu numai că nu au nici un efect benefic, dar apar şi ca nişte pedepse draconice De ce să supui victimele

Scanned with OKEN Scanner

atacurilor cardiace la un repaus strict la pat, care nu face decît să sporească suferința și duce la complicații în cazul unor pacienți care și așa s-au aflat într-o situație critică? Acest lucru nu e doar o mică eroare, ci o greșeală colosală de judecată. De ce consecințele dăunătoare ale repausului strict la pat nu fuseseră descoperite mai devreme? De ce acest aspect al îngrijirii pacientului nu fusese investigat niciodată, fie măcar și pentru justificarea duratei de tratament? Pînă la studiul nostru nu apăruseră în literatura medicală nici un fel de cercetări sistematice asupra repausului la pat. În general, tăcerea față de o abordare greșită este legată fie de o problemă ideologică, fie de un avantaj economic.

Dogmatismul medical, – în trecut ca și astăzi –, este susținut de o mulțime de factori, mai ales de terenul nesigur pe care navighează constant doctorii. Confruntat cu multe variante, doctorul nu poate fi categoric asupra rezultatului. Ceea ce e valabil pentru un pacient nu numai că poate fi ineficace pentru altul, dar poate fi vătămător și mortal. În fapt, un doctor experimentat apreciază că rezultatele individuale nu sunt predictibile decît statistic, pe un eșantion larg de indivizi căruia pacientul poate să nici nu-i aparțină. Totuși, întîlnind durerea, infecția, hemoragia, aritmia care amenință viața și altele, doctorul nu poate amîna acțiunea pînă cînd cunoașterea devine sigură. Caz în care l-ar aștepta pe Godot. Paradoxal, ființele umane, cînd îndeplinesc un act, învață să justifice direcția aleasă cu o siguranță care nu e garantată de profunzimea cunoștințelor lor. Așa a fost și cazul cu indicarea repausului la pat pentru victimele atacurilor de cord.

Un alt factor e legat de nevoia de a convinge pacientul de o opțiune terapeutică. Pentru a rămîne la comandă, un doctor recurge adesea la o simplă strategie – aceea de a zugrăvi un scenariu sumbru (v. cap. 5). Prognosticarea unui rezultat înfricoșător, la fel ca și regimul sever terapeutic îi comunică pacientului că doctorul înțelege clar situația și că este condus de ultimele realizări ale științei, ceea ce îi conferă autoritate.

Scanned with OKEN Scanner

Gravitatea diagnosticului îi încremeneşte pe pacient şi pe familia lui într-o tăcută aprobare. Prin contrast, dacă situaţia este prezentată ca mai puţin ameninţătoare, doctorul este potopit cu întrebări. Şi pentru că multe dintre ele nu au răspuns, pot pune sub semnul întrebării preţiozitatea ştiinţifică a doctorului. Tendinţa curentă de a implica pacientul în decizii nu a risipit dogmatismul medical. Dogma terapeutică nu mai e totuşi o citadelă sigură pentru cei cu păreri prea bune despre ei înşişi.

Reflectînd asupra unuia sau altuia din motivele practicării repausului la pat, cred că acestea sunt legate de tristul adevăr că doctorii nu prea au ce tratament să ofere victimelor atacurilor de cord. Cînd răspunsurile nu sunt la îndemînă, apar adesea greşeli. Măsurile terapeutice erau paleative şi mai curînd simptomatice – de la morfina pentru durere, de la diuretice şi digitalină pentru insuficienţa cardiacă şi pînă la medicamentele anti-aritmice cînd ritmul cardiac se deregla. Posibilitatea de a reduce vătămarea unei artere coronariene trombozate lipsea în totalitate. Ideea revoluţionară de a dizolva cheagul care o obturează nu a apărut pînă la introducerea terapiei trombolitice, la începutul anilor '90.

Teoria originală de uşurare a travaliului inimii nu e lipsită de merit. Ideea generală – aceea că dacă inima cheltuieşte mai puţină energie pentru contracţii, vătămarea musculară este redusă – a fost examinată conceptual, dar aici s-a strecurat o logică perversă care a presupus că patul este locul cel mai potrivit pentru odihna inimii. Nu ne întindem noi în pat cînd suntem obosiţi? Nu imobilizează doctorii în ghips un membru rupt pentru a-l împiedica să se mişte? Astfel de raţiuni simpliste au fost responsabile de-a lungul timpului pentru luarea de sînge, pentru îngheţarea stomacului, pentru utilizarea razelor X la ulcerele peptice şi sunt încă responsabile pentru un şir de alte proceduri care par rezonabile, dar care nu şi-au dovedit eficacitatea.

Un alt motiv pentru nedescoperirea mai timpurie a efectelor dăunătoare obţinute prin prelungirea repausului la

Scanned with OKEN Scanner

pat are legătură cu tradiţia antipsihologică din medicina ştiinţifică. Prin aceasta înţeleg nepăsarea suverană a medicilor pentru factorii psihologici şi comportamentali. Doctorii nu cred că emoţiile deranjează funcţionarea oricărui organ din corp, fie el inimă sau intestin. În timp ce anatomia, fiziologia şi biochimia sunt venerate, psihiatria e abia tolerată şi a fost marginalizată. Consecinţele adverse ale repausului prelungit la pat, fiind emoţionale, au fost percepute greşit şi deci ignorate pe scară largă.

Un ultim factor este cel economic. Cu cît pacientul rămîne mai mult timp internat, cu atît e mai mare venitul medicului. După cele cîteva zile critice de la început, situaţia pacientului se stabilizează, ca şi cum muşchiul inimii se vindecă şi formează o cicatrice. Doctorul n-a avut prea mult de făcut, cu excepţia unei vizite zilnice scurte, doar cîteva minute pentru un cîştig substanţial.

Pacientul, consemnat la inactivitate totală, era într-o indiscutabilă stare de hibernare. Singurul eveniment aşteptat cu nerăbdare, dar şi cu îngrijorare, era vizita zilnică a doctorului. Nici Moise coborînd de pe muntele Sinai n-ar fi fost întîmpinat cu mai mult respect. Fiecare silabă a doctorului era privită ca o revelaţie divină. Repaosul la pat era deci acceptat ca un panaceu universal. Un pacient tratat pe scaun care s-ar fi simţit mai bine n-ar mai fi fost un candidat pentru prelungirea spitalizării. Iar spitalul, desigur, are interesul să aibă toate paturile ocupate.

Mi s-a părut ciudat faptul că am primit invitaţii să ţin conferinţe pe orice subiect al cercetărilor mele, în afară de tratamentul pe scaun al atacurilor de cord acute. În timp ce impactul lucrării noastre a fost substanţial şi a schimbat profund tratamentul trombozei coronariene, studiul este rareori citat, sau chiar deloc, în literatura medicală. Totuşi, prin numărul de vieţi salvate, el a reprezentat o reuşită medicală semnificativă.

S-ar putea argumenta că doctorii nu sunt interesaţi să piardă controlul sau de reducerea veniturilor. Totuşi, motivul

Scanned with OKEN Scanner

economic nu a fost unul decisiv, aşa cum am auzit în multele vizite pe care le-am făcut în fosta Uniune Sovietică. Doctorii şi spitalele ruseşti nu au absolut nici un interes economic pentru prelungirea spitalizării pacienţilor, fiindcă sistemul de sănătate socialist prevede un salariu fix pentru medici. Am fost deci mirat să descopăr că, la peste douăzeci de ani după apariţia studiului nostru, pacienţii din U.R.S.S. erau încă ţinuţi la pat o lună după un atac de cord. Cînd am întrebat de ce se întîmpla asta, mi s-a dat un răspuns mai curînd ideologic decît ştiinţific. În ţările capitaliste, bazate pe exploatarea clasei muncitoare, era necesar ca pacienţii să fie aduşi cît mai repede înapoi la locurile lor de muncă, oricare ar fi fost consecinţele pentru sănătate. Pe de altă parte, într-o societate socialistă, bunăstarea umană fiind un scop suprem, pacienţii erau ţinuţi în spital pînă se vindecau complet. Cum de nu mi-am dat seama că tratamentul pe scaun era un mijloc ticălos de promovare a capitalismului!

Poate cea mai importantă lecţie pe care am învăţat-o din această experienţă a fost că multe practici medicale nu au o bază solidă. Ele sunt susţinute, ca şi în alte domenii umane, de o inerţie sprijinită de modă, de obiceiuri şi de autorităţi. Siguranţa conferită de un sistem de credinţe îndelung menţinut, fie şi slab, este un puternic impediment pentru progres. Acceptarea generală a unei practici devine proba valabilităţii ei, deşi e lipsită de alte merite. Un mare fiziolog francez din secolul al XIX-lea, Claude Bernard, spunea că talentul unui inovator constă în „a vedea ceea ce vede toată lumea şi a gîndi ceea ce nimeni n-a mai gîndit". Odată ce se impune o nouă paradigmă, acceptarea ei este extraordinar de rapidă şi găsim prea puţini oameni care să afirme că au aderat la o metodă învechită. Acest lucru a fost exprimat succint de Schopenhauer, care susţinea că orice adevăr trece prin trei stadii: mai întîi este ridiculizat, apoi este violent contestat; în cele din urmă este acceptat ca fiind evident.

Scanned with OKEN Scanner

13

Şocul care vindecă. DC şi cardioversia

La sfîrşitul anilor '50, doctorii erau încă incapabili să trateze tahicardiile – bătăile rapide ale inimii. Tahicardiile, care îşi pot avea originea în ventricul sau în atriu, apar cînd o sursă electrică anormală ia locul pacemaker-ului natural al inimii. Peacemakerul natural, adică nodul sinusal, este o mică structură în formă de virgulă, nu mai mare decît o gumă de creion, care se află în atriul drept. El emite mai mult de 2,5 miliarde de impulsuri de-a lungul vieţii, cu o remarcabilă regularitate de ceasornic, de aproximativ şaptezeci de bătăi pe minut. Mai mult, el ştie cînd trebuie pompat mai mult sau mai puţin sînge şi ajustează corespunzător ritmul inimii. Printr-un efort asiduu, nodul sinusal poate grăbi ritmul la o sută şaizeci de bătăi pe minut sau şi mai mult, iar cînd somnul pune organismul la odihnă, el îl poate încetini pînă la treizeci de bătăi pe minut sau chiar mai puţin. Pentru a permite această acordare fină, nodul sinusal este puternic inervat, servind ca o staţie de legătură în fluxul informaţiei de la creier la inimă.

În cazul tahicardiei, ritmul inimii nu mai este acordat fiziologic la nevoile de sînge ale corpului. Inima goneşte atunci ca un automobil cu acceleraţia la podea, iar sursa anormală de activitate electrică face inima impenetrabilă la influenţele nervoase de reglaj. Adesea, ritmul cardiac îl poate depăşi pe cel atins în exerciţiile istovitoare şi păstrează

Scanned with OKEN Scanner

neclintit această frecvență ridicată. Cînd pacemakerul anormal este situat în ventricul, tahicardia ventriculară care se naşte poate ameninţa viaţa. Pericolul izvorăşte parţial din ritmul prea rapid al inimii, între 150 şi 280 de bătăi pe minut, mult mai mare decît al inimii normale. Mai poate apărea şi cînd bătăile rapide încep din afara nodului sinusal şi activitatea electrică nu mai curge normal de-a lungul sistemului de conducere nervoasă al inimii, fiind transmisă neregulat, iar muşchiul inimii este activat în dezordine. Rezultatul este o contracţie dezorganizată a muşchiului inimii, ineficientă în pomparea sîngelui. Pentru a înrăutăţi lucrurile, tahicardia ventriculară apare la pacienţii care suferă deja de serioase tulburări cardiace, în special de boli avansate ale arterei coronare. Aceşti pacienţi nu tolerează bătăi de inimă haotice. În trecut, puţini erau cei ce supravieţuiau pînă la spital. De fapt, tahicardia ventriculară constituie în mod obişnuit anticamera morţii cardiace subite.

Tahicardiile cu originea în camerele de sus ale inimii, în atriu, sunt mult mai bine tolerate. Cea mai comună dintre toate tahicardiile, fibrilaţia atrială, afectează probabil cam un milion de americani. În această aritmie, atriul funcţionează într-un ritm diabolic de rapid, depăşind 350 de bătăi pe minut şi chiar mai mult. Aceste ritmuri înalte nu sunt suportabile pentru camerele de pompare, adică ventriculele, dar, din fericire, rapidul bombardament de impulsuri nu poate ajunge în ventricul fără să traverseze podul îngust de ţesut conductor care face legătura între atrii şi ventricule. Această supapă de admisie reduce cu aproape două treimi impulsurile care ajung în ventricule. Deşi ritmul rezultat este rapid şi neregulat, el e tolerat timp de luni sau chiar ani. Odată ce ritmul inimii este încetinit cu medicamente ca digitalina, omul va putea duce o viaţă normală, fără ca funcţia cardiacă să fie slăbită sau fără alte simptome.

Nu este însă cazul şi pentru cealaltă formă de aritmie atrială, denumită flutter atrial. La începuturile mele într-ale medicinei,

Scanned with OKEN Scanner

nu exista nici o cale pentru a stăpîni acest ritm dezordonat, nici prin cele cîteva medicamente disponibile pe atunci. Pulsul neregulat, fără să fie un pericol pentru viaţă, cu ritmuri ale inimii de la 120 la 160 de bătăi pe minut şi descărcări în atriu de două ori mai rapide, poate fi tolerat pe durate scurte. Totuşi, cînd aritmia persistă cîteva săptămîni sau mai mult, inima începe să cedeze. Odată instalată şi o congestie pulmonară, drumul este fără întoarcere.

Aceste diverse dereglări ale ritmului au fost o provocare pentru cardiologi, iar eşecurile terapeutice erau un fapt obişnuit. La sfîrşitul anilor '50 se foloseau trei medicamente pentru a restaura un ritm normal: chinidina, procainamida (Pronestyl) şi difenilhidantoina (Dilantin) un anticonvulsivant. Chinidina, primul agent, era cel mai eficient. Administrat oral pentru a combate fibrilaţia atrială, era ineficace pe cale orală pentru tahicardia ventriculară şi trebuia administrat intravenos sau intramuscular. În plus, mulţi pacienţi nu tolerau chinidina pentru că avea efecte adverse, ca diaree, febră ridicată sau hipertensiune. Pentru tahicardia ventriculară, medicamentul standard era Pronestyl, cel mai eficient dintre cele trei. Cînd se administra intravenos, viteza injecţiei era limitată de scăderea tensiunii. Era o complicaţie serioasă, deoarece inima suferea deja din cauza aritmiei. Al treilea medicament, Dilantin, era rareori eficient cînd tahicardia era provocată de boala coronariană, cea mai frecventă cauză pentru această tulburare de ritm.

Folosirea acestor medicamente antiartimice era un joc al hazardului şi am aflat acest lucru încă de la începutul carierei mele. Am fost impresionat că, înainte de tratamentul cu medicamente, mulţi pacienţi tolerau tahicardia ventriculară, resimţind doar simptome minore, iar unii chiar nu erau conştienţi că ritmul inimii lor era anormal. Tensiunea se menţinea în limite normale, chiar cînd inima

Scanned with OKEN Scanner

pulsa cu aproape 200 de bătăi pe minut. Totuşi, curînd după administrarea unui medicament antiaritmic, starea pacienţilor începea să se deterioreze, începeau să se simtă bolnavi şi să arate ca şi cum li s-ar fi luat scaunul de sub ei. Din momentul acela, traiectoria mergea rapid în jos: tensiunea devenea imperceptibilă, se dezvolta o stare de colaps circulatoriu şi, rareori, avea loc o revenire. Totuşi, dacă drogul avea efect asupra lor, reinstaurînd un ritm normal inima începea să pompeze din nou eficient.

Aceasta era starea generală a medicamentelor antiaritmice cînd l-am întîlnit pe domnul C., un scoţian bine clădit, cu ochii vii şi albaştri şi păr blond ca nisipul. Era mereu vesel, deşi, la cei cincizeci şi patru de ani ai săi, suferise deja două atacuri de cord primejdioase. Aproape o dată pe săptămînă făcea o tahicardie ventriculară, la capătul căreia arăta remarcabil de bine. Deşi respira rapid, nega senzaţia de sufocare sau alte simptome. Se plîngea doar de palpitaţii, adică de ceea ce el numea „cursa inimii". Criza avea loc întotdeauna noaptea, trezindu-l dintr-un somn adînc. Nu-şi putea aminti dacă visa. Şi somnul meu a fost întrerupt, căci în multe nopţi am alergat la spital ca să-l văd pe domnul C. care se scuza pentru deranj.

Am învăţat atunci că administrarea de Pronestyl într-o doză formidabil de mare putea reface bătăile normale ale inimii, dar mai întîi existau cîteva momente de tensiune. De îndată ce începea injecţia, începea şi tensiunea să scadă. Apoi urma o întrecere între efectele adverse şi cele salutare ale medicamentului. Primele jenau funcţia de pompare a sîngelui pe măsură ce plămînii domnului C. se congestionau. El devenea vineţiu ca urmare a oxigenării inadecvate, iar respiraţia îi devenea rapidă şi dificilă. Anxietatea creştea în rîndul personalului medical, iar noi aşteptam îngrijoraţi: cine va ceda mai întîi – aritmia sau inima? După o oră stresantă, domnul C. se întorcea la un ritm normal, semnele vitale se

Scanned with OKEN Scanner

refăceau şi el redevenea autoironic. Cînd ne strîngeam mîinile la sfîrşit, se jura că n-o să-mi mai strice somnul.

Strîngerile de mînă însoţite de promisiuni nu rămîneau valabile, deoarece situaţia se repeta aproximativ o dată pe săptămînă. El n-a putut să identifice cauza, nu ştia dacă era emoţională sau fizică. Instalarea crizei avea loc, invariabil, după miezul nopţii. Am ajuns să-mi consider noaptea fără somn din săptămînă ca pe o penitenţă pentru păcatele medicale nemărturisite. După a zecea şedinţă de acest fel, oboseala nervoasă începuse să se instaleze. Dar nici nu-mi trecea prin gînd ce avea să mai urmeze.

În noaptea de marţi, 3 noiembrie 1959, la ora 2,30 a.m., m-a trezit telefonul. Era o infirmieră de la Peter Bent Brigham, secţia urgenţe. M-a anunţat sec: „Prietenul dumneavoastră, domnul C., aşteaptă să vă vadă".

Cînd am sosit în pavilionul de urgenţe, domnul C. arăta destul de bine. Inima îi bătea cu 170 pe minut, ceea ce ar fi putut continua, fără nici un pericol, încă multe ore. Cu optimismul bazat pe alte întîlniri similare, l-am asigurat pe domnul C. că îl vom readuce curînd la normal. De data asta însă, doza obişnuită de Pronestyl nu i-a mai rezolvat tahicardia, ci l-a adus la un pas de moarte. Ritmul inimii, în loc să încetinească, a sporit la 212 bătăi pe minut, în timp ce tensiunea sistolică (maximă) scăzuse la 80 şi era greu de măsurat. La acel nivel al tensiunii, doar inima şi creierul mai sunt irigate, circulaţia din celelalte organe este întreruptă. Se observau semne de insuficienţă cardiacă şi de congestie pulmonară. A doua zi am încercat Dilantin, dar fără efect. Pînă joi, arăta mai mult mort decît viu, dar mă privea încrezător, fiindcă nu îl abandonasem niciodată. Am continuat să mormăi platitudini, cum ar fi că o să-şi revină curînd la ritmul normal, deşi nu aveam nici o idee cum se va petrece aşa ceva. Începusem să intru în panică.

Scanned with OKEN Scanner

Ziua de joi trecea, iar eu şi echipa eram nedormiţi, cu moralul la pământ şi cu ultima scînteie de speranţă dispărută. Dar domnul C. îşi păstra un licăr de optimism şi încerca să ne înveselească.:

– Sunt sigur, doctore Lown, că mă vei scoate şi din asta aşa cum ai făcut şi altă dată.

Astfel de comentarii făceau situaţia şi mai de nesuportat. Un aforism al lui Brecht mi se tot învîrtea prin creierul obosit: „Admit că nu am nici o speranţă. Orbul vorbeşte despre o cale de ieşire. O văd…"

Vineri dimineaţa, respiraţia domnului C. era trudită, pielea cenuşie şi acoperită cu o peliculă de sudoare rece, iar buzele îi erau de un vineţiu închis. Se zvîrcolea fără întrerupere, căci creierul avea nevoie de mai mult oxigen. Plămînii lui erau acum total cuprinşi de congestie, care nu răspundea la diuretice. I-am întrerupt monitorizarea tensiunii arteriale şi el a încetat să ne mai înveselească. După fiecare cuvînt pe care îl pronunţa, cădea într-o tuse prelungită şi rămânea fără aer. Pentru prima oară, ochii lui holbaţi trădau disperare. Mesajul era: „M-ai lăsat, totuşi", sau aşa îmi imaginam eu.

Chinuindu-mi mintea şi revăzînd, de nenumărate ori, ce ar fi de făcut, ajungeam mereu la zero. Atunci mi-am amintit că, doar cu cîţiva ani în urmă, doctorul Paul Zoll, un doctor-inventator de la Spitalul Beth Israel, produsese o revoluţie medicală aplicînd pe piept şocuri de curent alternativ (AC) pentru a trata fibrilaţia ventriculară, aritmia care provoca moartea. Dispozitivul introducea un curent dintr-o sursă exterioară, şocînd inima pentru a o readuce la ritmul normal. A fost o realizare extraodinară pentru cei care avuseseră un stop cardiac. Ei erau de fapt morţi şi, deşi AC a eşuat în a-i resuscita pe unii dintre ei, măcar procedura era lipsită de complicaţii. Practic, nu se mai pot aduce prejudicii unei persoane decedate. Dar pacientul meu era încă foarte viu şi pe deplin conştient.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru că nu văzusem niciodată un defibrilator AC, nu aveam nici cea mai vagă idee cum să-l folosesc. Aveam nevoie de răspunsuri la o mulţime de întrebări: Oare şocul este dureros? Este nevoie de o anestezie pealabilă? Este necesar un anumit voltaj pentru tahicardia ventriculară? Dacă primul şoc nu are efect, cîte mai pot fi administrate? Descărcarea electrică poate vătăma inima sau sistemul nervos? Se poate întîmpla să ardă pielea? Există vreun pericol pentru cei din jur? Se poate provoca o explozie dacă pacientul foloseşte oxigen? Mă durea capul de avalanşa de întrebări. Nu aveam cui să mă adresez pentru ajutor la PBBH, fiindcă nimeni nu avea experienţă cu defibrilatorul Zoll.

Am încercat să-l sun chiar pe Zoll, dar spre ghinionul nostru, era plecat din oraş şi nu putea fi găsit. Am vorbit cu unul dintre colaboratorii săi, care a precizat că ei nu folosiseră niciodată defibrilatorul AC pe cineva cu tahicardie ventriculară. Pînă acum, toţi cei supuşi la tratamentul Zoll se aflaseră în stop cardiac şi fuseseră inconştienţi. Asociatul lui Zoll nu mi-a putut da un sfat util şi eram descurajat. Dar întorcîndu-mă la patul domnului C., am lăsat deoparte orice precauţie. Întîi m-am adresat doamnei C., explicîndu-i că aş putea să-i omor soţul cu această procedură netestată. Fiindcă suferise în tăcere alături de el o încercare grea, era conştientă că soţul ei ajunsese la capătul drumului şi că oricum putea muri în orice moment. Fiind o femeie foarte hotărîtă, ne-a spus să trecem la treabă.

Următorul obstacol era să recrutez pe cineva care să vrea să anestezieze un pacient aproape mort. Temîndu-mă să nu pierd timp preţios apelînd la treptele inferioare ale scării ierarhice, m-am adresat direct doctorului Roy Vandam, şeful secţiei de anestezie a spitalului. Nu prea erau şanse ca el să accepte condiţia de accesoriu într-o acţiune ce putea să devină o aventură tragică. După ce i-am explicat dilema terapeutică, în vocea mea a apărut disperarea. L-am întrebat dacă ar putea trimite pe unul din mai tinerii săi asociaţi. A refuzat, spunînd

Scanned with OKEN Scanner

că nu era o sarcină care putea fi delegată unui asistent şi că va veni el însuşi într-un minut. Într-adevăr, a venit în fugă, cărînd şi o canistră mică de oxid de azot ca anestezic. Prin aceasta şi-a asigurat un loc permanent în panteonul meu privat de personalităţi.

Cînd domnul C. era pe cale de a fi anesteziat, directorul medical a intrat şi a oprit procedura. Domnul C. înlemnise, iar orice minut de amînare îi punea în primejdie supravieţuirea. Directorul m-a bombardat cu întrebări: Aveam eu experienţă cu defibrilatorul? Îl mai folosisem eu pe un pacient cu tahicardie ventriculară? Sau îl mai folosise cineva din spital, în Boston sau în lume ? Toate răspunsurile mele au fost negative. În cele din urmă a întrebat dacă sunt conştient că, în caz de deces al pacientului, spitalul ar fi legal răspunzător şi s-ar putea trezi cu un proces de malpraxis? Cînd m-a văzut rămînînd perplex, a insistat să obţin o adeverinţă de la avocatul spitalului. Am refuzat, dar ca o formă de compromis, am notat în fişa bolnavului că manevra exclusivă era responsabilitatea mea şi că am luat cunoştinţă de opoziţia spitalului la aplicarea procedurii.

Odată clarificată această dispută birocratică, domnul C. a fost anesteziat. Apoi i-am aplicat nişte electrozi plaţi – unul pe stînga şi celălalt pe dreapta pieptului, iar cînd doctorul Vandam a dat semnalul, toţi s-au dat la o parte şi eu am declanşat o descărcare electrică. În următorul minut, acul electrocardiografului a pornit în sus şi n-a ştiut să ne spună dacă tahicardia fusese înlăturată. Totuşi, ascultînd inima domnului C. cu stetoscopul, am auzit un tic-tac lent şi regulat. Aceste sunete ale inimii m-au făcut să mă înfior, amintindu-mi cum ascultasem, în copilărie, primele măsuri ale Simfoniei a V-a de Beethoven.

Domnul C. s-a trezit aproape imediat ca dintr-un somn odihnitor, cu un zîmbet angelic pe buze. Foarte curînd nu a mai avut nevoie de oxigen şi de medicamente vasopresoare care să-i crească tensiunea arterială. Se petrecuse un miracol.

Scanned with OKEN Scanner

Domnul C. s-a restabilit rapid. După o singură zi nu mai necesita spitalizare. Am fost de acord cu plecarea lui şi a doamnei C. în Florida pentru un binemeritat weekend, fără să anticipez că acest om drăguţ se va confrunta curînd cu cel mai chinuitor capitol din saga lui.

Exact după trei săptămîni, într-o vineri dimineaţă, doamna C. a telefonat că soţul ei intrase din nou în fibrilaţie şi era internat în Miami. Am asigurat-o că marele spital universitar de acolo posedă, fără îndoială, un defibrilator AC şi că tot ce am de făcut este să vorbesc cu doctorul lui. Vorbind cu directorul secţiei de cardiologie, i-am prezentat amănunţit istoria recentă a pacientului şi i-am explicat că poate muri dacă nu va fi scos prin şoc din această aritmie. Nici unul dintre argumentele sau stăruinţele mele nu a avut nici cel mai mic impact asupra lui, iar discuţia prietenească s-a transformat într-una neplăcută cînd el m-a refuzat categoric. Pretextul era că folosirea defibrilatorului AC pentru tahicardia ventriculară nu fusese indicată în literatura medicală. A rămas neînduplecat, deşi i-am explicat că experienţa noastră fusese prea recentă pentru a putea fi publicată. A adăugat că nimeni nu-i poate da asigurări că nu va avea de-a face cu un proces de malpraxis dacă lucrurile merg prost.

L-am întrebat, neîncrezător:

– L-aţi lăsa pe acest om să moară fără să încercaţi o metodă care a dat deja rezultate asupra lui?

– Mă tem, doctore, că nu pot folosi o nouă procedură care nu e menţionată nicăieri în literatură.

Am luat o hotărîre nebunească: am sfătuit-o pe doamna C. să zboare cu soţul ei pînă la Boston. Două ore mai tîrziu ea suna din aeroportul internaţional din Miami, foarte agitată. Nici o linie aeriană nu voia să îmbarce un pacient în stare critică. Era ora două după-amiază şi weekendul se apropia cu repeziciune. Comportarea mea fusese iresponsabilă. La sugestia mea, un pacient pe moarte semnase pentru externarea

Scanned with OKEN Scanner

lui dintr-un spital, împotriva avizului medicului, şi acum zăcea într-un cărucior cu rotile dintr-un aeroport internaţional aglomerat. De disperare, nu ştiam ce să fac. Trebuia să se urce imediat într-un avion de Boston. Pe la ora patru, neştiind cui să mă adresez, m-am decis să-l vizitez pe profesorul de medicină aeronautică de la Şcoala de sănătate publică de la Harvard, doctorul Ross McFarlane. În loc să-l sun, m-am gîndit că ar fi mai eficient să dau buzna în biroul lui, fără să mă opresc la secretară. L-am găsit în mijlocul unei întîlniri cu doi bărbaţi. Fără să le dau vreo atenţie, i-am relatat lui McFarlane povestea mea jalnică şi teribila urgenţă medicală. Profesorul McFarlane a rămas imperturbabil la intruziunea mea.

– Nu puteaţi nimeri într-un moment mai bun, mi-a spus el, rîzînd.

Vizitatorii lui din Washington D.C. erau oficiali importanţi în Autoritatea Aviatică Federală. Au trecut imediat la telefon şi au început să-i sune pe directorii executivi de la diverse linii aeriene ce serveau pe ruta Boston – Miami. În cele din urmă, au dat peste un preşedinte al consiliului de administraţie de la Eastern Airlines, care a aprobat îmbarcarea domnului C. pe un zbor cu legătură spre Boston, ce pleca de la Miami la 7 p.m şi sosea pe aeroportul internaţional Logan pe la 10,30 p.m.

Eram entuziasmat, dar pe la zece seara a sunat un telefon care se auzea ca de deasupra oceanului. Întîi, n-am putut înţelege ce spunea, dar apoi am realizat că era căpitanul avionului de pe Eastern Airline, care suna să raporteze că aeroportul Logan era în ceaţă şi că avionul fusese îndreptat spre aeroportul Idlewild din New York. Mă întreba ce să făcă cu pasagerul bolnav. L-am rugat să contacteze serviciul de ambulanţă, care să-l transporte pe domnul C. la Boston. Pe la ora unu noaptea, doamna C. suna, isterică. Se pare că ambulanţa îl dusese în Manhattan înainte să realizeze că spitalul Brigham era în Boston, nu în New York. Fiind un

Scanned with OKEN Scanner

serviciu de urgenţe local, nu îi era permis să iasă din oraş. A fost nevoie de încă o oră pentru a-l pune pe domnul C. într-o ambulanţă privată, dar din cauza ceţei dense deplasarea era lentă. Au sosit la spital abia a doua zi dimineaţă, sîmbătă, la ora opt.

Noi eram pregătiţi, dar domnul C. era mai mult mort decît viu. Cînd şocul electric i-a traversat pieptul, în loc ca bătăile inimii să se întoarcă la un ritm normal, el a fost catapultat în periculoasa fibrilaţie ventriculară. Repetarea şocului a fost fără folos. I-am deschis pieptul fără instrumentar steril. A fost groaznic, totul era o harababură sîngerîndă. I-am şocat inima direct, eliberînd o descărcare electrică mai înaltă şi restabilind ritmul normal. Dar pe vremea aceea nu exista secţia de reanimare. A rămas în stare critică din cauza insuficienţei cardiace şi a unei infecţii cumplite, iar cînd a fost externat în cele din urmă, după şase săptămîni, era un om bătrîn şi suferind. Nu a mai supravieţuit mult după aceea. Victoria mea se transformase într-o catastrofă.

Dar de ce descărcarea electrică produsese o fibrilaţie ventriculară netratabilă, o aritmie mult mai gravă decît tahicardia pe care o combătusem? O cercetare a literaturii de specialitate s-a dovedit fără rezultat. Nu exista nici măcar un raport asupra unor posibile efecte adverse ale defibrilatorului AC asupra inimii. Metoda Zoll străbătea lumea şi totuşi nimeni nu vorbise despre posibilele consecinţe periculoase ce puteau rezulta din folosirea ei.

Conştient acum de potenţialele efecte nedorite ale AC, am început să vizitez sălile în care se făceau operaţii de inimă. În timpul acestor operaţii, inima intra adesea în fibrilaţii, iar defibrilatorul AC era aplicat direct pe cord, pentru a redresa aritmia. Uneori, cînd erau necesare şocuri repetate, sala de operaţii mirosea a hamburger de la cauterizarea muşchiului inimii. Nu mai e nevoie să spun că

Scanned with OKEN Scanner

foarte multe decese se datorau acestui tip de operații atunci cînd o inimă oprită era resuscitată electric.

Nimeni nu se concentrase pe efectele adverse ale defibrilatorului, fiindcă oprirea inimii însemna deja moartea pacientului. Dacă el nu-şi revenea, existau o mulțime de alte motive de domeniul fatalității care nu implicau defibrilatorul. Chirurgii mi-au spus că dacă un defibrilator provoca o vătămare a inimii, acesta era un preț mic plătit pentru supraviețuirea pacientului. Dar dacă voiam să tratez aritmii ale unor pacienți vii, trebuia ca procedura să fie aproape total lipsită de riscuri.

Am elaborat o serie de experimente pentru a testa siguranța eliberării unui şoc AC prin pieptul închis, cum se face în cazul opririi inimii. Nu aveam fonduri şi nu mi s-a aprobat cererea, mai ales din pricina lipsei mele de atestate inginereşti, dar şi pentru că folosirea electricității în tratarea aritmiilor obişnuite i-a şocat pe mulți, socotind-o fantezistă. Proiectul a fost salvat de doctorul Fredrick Stare, şeful meu şi remarcabilul preşedinte al Departamentului de nutriție de la Şcoala de sănătate publică de la Harvard, unde aveam un mic laborator cu animale. El m-a susținut în cercetările mele şi în următorii ani a semnat toate facturile fără ca eu să-mi fac griji pentru marile sume cheltuite.

Într-o serie de experimente pe animale am demonstrat rapid că acest curent alternativ (AC) era vătămător pentru inimă. El putea provoca orice anomalie menționată în cărți, putea traumatiza mușchiul inimii, pricinuia o pierdere a potasiului din mușchi şi producea arsuri electrice. Dacă erau administrate mai multe şocuri, inima putea rămîne disfuncțională.

Din considerente teoretice fiziologice, am decis să testez curentul continuu (direct current – DC), dar aveam nevoie de cineva cu experiență în electrotehnică. Din fericire şi absolut din întîmplare, am întîlnit un tînăr inginer, Baruch Berkowitz, care a înțeles rapid problema şi s-a dovedit foarte inventiv. După un an de intense experiențe pe animale, noi

Scanned with OKEN Scanner

am arătat că unul dintre numeroasele tipuri de DC pe care le studiasem era eficient în tratarea celei mai grave aritmii – fibrilația ventriculară – care nu putuse fi înlăturată de AC. Pentru a testa limitele metodei, am răcit inima, am acidizat sîngele şi am redus presiunea oxigenului la o fracțiune din normal, circumstanțe care au făcut reconversia aproape imposibilă. Însă, chiar şi în aceste condiții dificile, DC restaura un ritm oarecum normal. Mai mult, el nu rănea inima cum o făcea AC. În pieptul închis al unui animal, chiar după două sute de descărcări succesive de şocuri electrice, nu s-a detectat vătămarea inimii. Mă aflam în căutarea unei metode prin care să acționez asupra aritmiilor cardiace şi am sfîrşit prin a obține un defibrilator nou, îmbunătățit.

Pentru prima oară, fibrilația ventriculară nu mai era o complicație cu o atît de ridicată rată a mortalității. Nu numai că defibrilatorul DC furnizează un nou procedeu pentru resuscitarea pacienților care au murit subit, dar el a lărgit şi orizontul chirurgiei cardiace. De-a lungul unei operații coronariene de bypass, chirurgul trebuie să oprească inima pentru a plasa o mică grefă venoasă sau arterială care să ocolească obstrucția vaselor coronariene. Inima este oprită prin inducerea fibrilației ventriculare, în timpul căreia circulația spre organele principale este menținută printr-un dispozitiv extern de pompare a oxigenului. Defibrilarea DC a furnizat, pentru prima oară, o cale sigură pentru restaurarea unui ritm normal al inimii. Marele progres în chirurgia inimii nu ar fi fost posibil fără un defibrilator DC.

Primul chirurg care a înțeles importanța acestei realizări a fost doctorul Don Effler, directorul secției de chirurgie cardiacă de la Clinica din Cleveland. În 1962, la scurt timp după ce pusesem la punct defibrilatorul DC, m-am întîlnit cu Effler la un congres al Asociației cardiologilor de pe Coasta de Est, în Tampa, Florida, unde eram amîndoi conferențiari invitați. La sfîrşitul zilei, stînd lîngă piscină, i-am vorbit despre munca mea la defibrilator. El a manifestat doar un

Scanned with OKEN Scanner

slab interes, iar eu am uitat de această conversație pînă cînd, după cîteva luni, Effler a venit personal la modestul meu laborator din subsolul Școlii de sănătate publică de la Harvard. Venise cu scopul unic de a afla ceva despre noul dispozitiv, iar grupul lui a fost primul care a întrebuințat defibrilatorul DC. Nu a fost poate o întîmplare că medicul argentinian René Favoloro, chirurg care lucrase ca asistent al lui Effler la Clinica din Cleveland, a făcut, cîțiva ani mai tîrziu, prima operație de bypass.

După mai bine de douăzeci de ani, Effler mi-a scris o lungă scrisoare despre defibrilatorul DC, care se încheia astfel:

„Am scris această scrisoare, îndemnat fiind de o întrebare a secretarei mele, care mi-a cerut să definesc darul de a face descoperiri. I-am dat definiția clasică din dicționar, dar apoi i-am povestit despre călătoria mea la Tampa, despre participarea mea la congres și despre plimbarea pe lîngă piscină, în căutarea unei băuturi răcoritoare și a relaxării la soare, și cum această plimbare a sfîrșit cu defibrilatorul DC, care a provocat o scădere drastică a ratei morbidității și a mortalității de atunci și pînă acum. Legendarul Prinț al descoperirilor găsea mereu o comoară în timp ce căuta altceva... E o poveste frumoasă. "

Dispozitivul DC a scos din uz defibrilatorul AC, în ciuda substanțialei rezistențe a ariergardei ultimilor lui fabricanți, iar în cîțiva ani, defibrilatorul DC era singurul instrument folosit. O întrebare obsedantă rămînea totuși: de ce să nu întrebuințăm defibrilatorul și pentru alte aritmii decît fibrilația ventriculară? Pentru a face asta, trebuia să fim absolut siguri că acest curent direct, de fapt unda lui de șoc specială, nu era dăunător pentru inimă. După extinse experiențe pe animale, am devenit conștient că era imposibil. Această formă de undă, așa-numită sigură, putea, de fapt, să provoace fibrilația

Scanned with OKEN Scanner

ventriculară. Acest lucru se întîmpla foarte rar, poate, o dată la o sută de încercări, şi părea o pură întîmplare. În timp ce asta nu avea nici o consecinţă asupra inimii deja afectate de fibrilaţie, ca în cazul opririi inimii, ea era absolut inacceptabilă pentru tratarea altor aritmii, mai puţin grave.

Curînd am descoperit ce se întîmpla. De fiecare dată cînd inima bate, există un scurt interval în ciclul cardiac în care ventriculul este susceptibil să intre în fibrilaţie. Este valabil şi pentru inima normală, şi pentru inima bolnavă. Intervalul este denumit perioadă vulnerabilă şi survine în ciclul cardiac, în timpul înscrierii *undei T* pe electrocardiogramă. Este un interval scurt, cînd inima se reface după contracţie şi revenită la faza de repaos, este gata pentru o nouă descărcare electrică. Perioada vulnerabilă este extrem de scurtă, de 0,02 – 0,04 secunde, dar dacă inima primeşte un impuls electric în timpul respectivei perioade, acesta declanşează aritmia potenţial-fatală. Noi am aflat acest lucru după lungi experimente, neştiind că fiziologii îl cunoşteau de cincizeci de ani.

Odată ce am aflat cauza fibrilaţiei ventriculare, am putut folosi defibrilatorul de curent continuu, în condiţii de mai mare siguranţă. Folosind un simplu programator electronic de timp, am programat ca descărcarea electrică să cadă în afara perioadei vulnerabile a ciclului cardiac. Am denumit *cardioversie* această metodă de descărcare sincronizată de DC, a cărei introducere a marcat o adevărată revoluţie în cardiologie. Pentru prima dată, toate crizele de aritmie puteau fi cu uşurinţă ameliorate. Aceasta era valabil pentru fibrilaţia atrială, pentru flutterul atrial, pentru tahicardia ventriculară şi pentru altele. *Cardioversia* a dat un impuls semnificativ în crearea unor secţii de tratament coronarian, centre care să îngrijească pacienţii care sufereau crize cardiace cauzate de diverse aritmii. Deşi mai curînd oferea satisfacţii, decît să dezvolte tratamentul bolilor de inimă în general, această tehnică permitea simpla restaurare a miraculosului tic-tac

Scanned with OKEN Scanner

la pacienții chinuiți de acel intolerabil păcănit din pieptul lor. În cîteva ore, ei uitau că inima îi poate sîcîi și chinui.

În societatea noastră, rezolvarea unei probleme aduce după sine, invariabil, noi provocări în aplicarea ei. În timp ce un cardiolog avea rareori ocazia să vadă un pacient cu tahicardie ventriculară, acum este ceva banal. În timp ce în trecut era neobișnuit pentru cineva să supraviețuiască după două sau trei atacuri de tahicardie ventriculară, acum întîlnim pacienți care au supraviețuit la cîteva sute de atacuri de acest fel. A luat naștere un nou domeniu al tulburărilor de ritm, ceea ce a dus la tehnici inovatoare de diagnoză și de tratare a acestor pacienți. Nenumărate vieți au fost salvate. M-a mirat mai ales cît de rapid, aproape peste noapte, aceste tehnici au fost adoptate pe plan mondial și au devenit un tratament standard pretutindeni.

Scanned with OKEN Scanner

14

Secția de supraveghere coronariană

Defibrilația prin curent direct (DC) a furnizat dovada că moartea subită cardiacă era reversibilă şi că i se putea supraviețui. Ea era un potențial salvator de vieți omeneşti, dar datorită timpului necesar ca tehnicienii echipei de urgență să ajungă la victima unui infarct, eforturile de resuscitare se dovedeau adesea inutile. În urma unui colaps cardiac, uşa vieții unei victime rămîne deschisă scurt timp, apoi este închisă pentru totdeauna. După cîteva minute apar leziuni cerebrale ireversibile, iar inima nu mai doreşte să intre într-un ritm normal.

Ca să evităm un Turn Babel terminologic, ar trebui să fie clar că doctorii întrebuințează mulți termeni care se pot schimba între ei, deşi fără o rigoare ştiințifică. De exemplu, noțiunea de colaps poate fi folosită pentru un leşin temporar, pentru o scădere a tensiunii sau pentru o oprire a bătăilor inimii. Stopul cardiac se referă la încetarea bătăilor inimii care, dacă nu sunt prompt restabilite, conduc la moartea subită. Atacul de inimă, sinonim cu infarctul de miocard şi tromboza coronariană, este, de asemenea, întrebuințat pentru a denumi moartea subită.

Cu vreo treizeci de ani în urmă era general acceptat faptul că moartea subită cardiacă era cauzată de un atac de inimă masiv. Credința era că atacul este declanşat de un cheag care blochează brusc marea arteră coronară, adică printr-o tromboză coronariană acută. Din moment ce vasul trombozat nu mai permite circulația sîngelui în inimă, un segment de

Scanned with OKEN Scanner

mușchi cardiac – privat de sîngele care aduce oxigen și substanțe nutritive – moare și în cele din urmă, se transformă într-o cicatrice. Restul mușchiului inimii și, evident, arterele coronare rămîn intacte, doar că au mai mult de muncă trebuind să asigure circulația normală a sîngelui prin corp. Volumul circulator e normal, în schimb masa musculară cardiacă, redusă.

Blocarea vasului coronarian lezează și sistemul excito-conductor (sisteme) de conducere electrică al inimii. Această leziune amenință viața chiar mai mult decît vătămarea mușchiului inimii. Ocolind țesutul mort, căile pe care le parcurge influxul nervos se dispersează în vîrtejuri, care uneori devin haotice. La unii pacienți, aceasta evoluează într-o adevărată furtună electrică, cuprinzînd întreaga inimă. Ritmul dezorganizat al inimii – fibrilația ventriculară (FV) – putea anunța oprirea inimii (v. cap. 13). Pentru a diminua dangătul de clopot al fibrilației ventriculare, m-am gîndit atunci că pacienții care acuză durerile timpurii ale atacului de inimă ar putea fi spitalizați într-o secție specială monitorizată, cu un defibrilator DC la îndemînă. Șansele lor de supraviețuire ar fi astfel mult sporite, fiindcă ar putea fi resuscitați la apariția fibrilației ventriculare.

La începutul anilor '60 am propus organizarea a ceea ce gîndeam că ar fi o primă secție specială de îngrijire coronariană, dar am fost dezamăgit să aflu că această noțiune nu fusese o idee originală la Spitalul Peter Brent Brigham. Cînd a venit în vizită doctorul Grey Dimond, pe atunci profesor și șef al catedrei de medicină la Universitatea din Kansas, mi-a povestit despre un miracol înfăptuit de doctorul Hughes Day, medic generalist în Bethany, Kansas, care organizase deja prima secție pentru boli coronariene din Statele Unite. Această realizare m-a impulsionat și am purces și cu mai mare entuziasm la înființarea unei astfel de secții în spitalul meu.

Mă gîndeam cum aș putea proteja pacienții cardiaci împotriva fibrilației ventriculare. În timpul acestei fibrilații, inima nu moare fiindcă activitatea ei a încetat, ci dimpotrivă,

Scanned with OKEN Scanner

din cauza unui surplus de activitate electrică tumultuoasă. Inima aflată în fibrilaţie are un aspect vermicular, – seamănă cu un pumn de rîme care colcăie –, provocat de curenţii electrici care gonesc încoace şi-ncolo, care se ciocnesc şi se anulează reciproc, pentru a renaşte mai apoi, parcă de niciunde, într-o dezordine nebună. Dacă acest haos nu este stopat în decurs de cîteva minute, el anulează contracţia organizată a inimii şi pacientul moare rapid, singura sa şansă fiind resuscitarea printr-un şoc electric.

După cum notam mai sus, scînteia electrică responsabilă de declanşarea contracţiei inimii îşi are originea în generatorul fiziologic al inimii, nodul sinusal (v. cap.13). De acolo, ea parcurge sistemul excito-conductor, care permite o activare secvenţială, în aşa fel încît pomparea să înceapă de la vîrful inimii (apex) şi să se continue spre baza ventriculelor, unde sunt localizate valvele. Astfel este generată o presiune suficient de mare pentru a împinge sîngele prin valvele inimii spre vasele mari şi pentru a-l distribui în tot corpul. Fibrilaţia ventriculară, dezorganizînd activitatea electrică, dezorganizează şi activitatea mecanică a inimii şi opreşte acţiunea de pompare.

Cînd apare fibrilaţia ventriculară, după cum am arătat deja, timpul este esenţial, secundele sunt preţioase. Cum această letală dezordine de ritm trebuie corectată pe moment, pacientul trebuie să fie aproape de un defibrilator DC. Unitatea de supraveghere coronariană (USC) era echipată nu numai cu defibrilator, dar şi cu echipamentul electronic pentru identificarea momentului exact cînd apare aritmia.

Deşi inovaţia revoluţionară a defibrilatorului DC, ca şi cardioversia, fuseseră întrebuinţate în premieră la Spitalul Peter Brigham, nu am putut convinge administraţia să construiască o secţie de terapie coronariană. Am încercat să-l conving pe distinsul şef al secţiei medicale, doctorul George Thorn, dar cînd a aprobat ideea s-a gîndit că ea nu va fi

Scanned with OKEN Scanner

susținută și de consiliul de administrație, deoarece Brigham plănuia să construiască un spital nou în următorii cîțiva ani și nu ar fi avut bani suficienți pentru un astfel de proiect. Deveneam nerăbdător, deoarece alte unități fuseseră construite în Miami, Philadelphia și New York.

Era în anul 1963. Discutasem despre necesitatea unei unități de supraveghere coronariană și cu mentorul meu, doctorul Samuel Levine, care nu mai trebuia convins și care a devenit repede un aliat puternic, îndreptîndu-și întregul său fond de cercetare spre acest proiect. American Optical Company, cea care fabricase primele defibrilatoare DC și defibrilatoare atriale, a donat tot echipamentul electronic necesar. Spitalul nu putea să reziste la o ofertă atît de atractivă și, în fine, a alocat spațiu pentru o secție USC cu patru paturi, prima în New England și a cincea în lume.

Unitățile de supraveghere coronariană deschise înaintea celei de la Spitalul Brigham erau concentrate în special pe resuscitarea cardio-pulmonară. Scopul monitorizării era de a intercepta cît mai devreme instalarea fibrilației ventriculare, aritmia ce provoacă moartea subită. Un instrument principal era monitorul, atașat la victima atacului coronarian, care ținea sub continuă observație ritmul inimii și dădea alarma ori de cîte ori era necesar. Un grup bine antrenat de infirmiere era mereu în alertă și gata să intervină cu abilitate în eventualitatea unei opriri a inimii. Semăna cu o stație de pompieri.

Însă în momentul în care suna alarma, totuși, cel mai puțin antrenați membri ai personalului preluau comanda. Urma o cursă impetuoasă, deși de cele mai multe ori alarmele erau false și se datorau erorilor de înregistrare ale electrocardiografului.

Cînd avea loc un stop cardiac adevărat, spațiul din jurul pacientului era ocupat de o armată de oameni: infirmiere, interni, rezidenți, asistenți, studenți la medicină, tehnicieni și chiar oameni de serviciu. Vocile erau stridente, acordate la înaltele tonalități ale emoției. Doctorii, spre deosebire de

Scanned with OKEN Scanner

surori, nu aveau un plan de acţiune, dar îşi exercitau autoritatea. Iar din moment ce ignorantul este insul cel mai sigur de ceea ce e bine, cel mai puţin experimentat dintre ei comanda mişcările: „Mai mult bicarbonat... Traseul venos e plin de cheaguri. Trebuie defibrilat din nou. Simţi pulsul? Toată lumea la o parte. Electrozii nu sunt branşaţi... Drace, de ce defibrilatorul nu e în priză?"

Pe atunci circula o anecdotă. Un pacient soseşte la USC cu un atac de inimă minor. E speriat, anxios, vrea să ştie ce se întîmplă. Toată lumea e ocupată cu salvarea de vieţi şi nimeni nu-i dă atenţie. Înconjurat de superinspiratoarea tehnologie, unicul sunet pe care îl aude este bătaia în *staccato* a inimii sale. Tot ce vede este ecranul luminos al osciloscopului, cu succesiunea de linii frînte şi curbe, pe care le interpretează ca fiind bătăile inimii lui. Vine seara, iar el vrea cu disperare să afle un verdict, fie că va fi viaţă, invaliditate sau mai rău. Un îngrijitor vine să spele podeaua. Pacientul îl întrebă:

– Zi-mi, prietene, ce se întîmplă?

– Nu prea ştiu, dar pot să-ţi spun un lucru. Auzi acest bip-bip-bip? Ai grijă să nu-l laşi să se oprească. Dacă-l laşi, o să fie o mizerie. Zece oameni în halate albe o să se repeadă la tine şi o să te chinuie pînă faci spume la gură.

Cînd s-a deschis secţia de îngrijire coronariană la Spitalul Peter Brigham, în ianuarie 1965, am pus capăt atmosferei de circ care predomina în alte secţii de urgenţe cardiovasculare cînd se prezenta un atac de cord. Scopul principal era însă, acelaşi: resuscitarea pacienţilor care suferiseră infarcturi. Noile monitoare osciloscopice care expuneau ubicua aritmie ventriculară, plasate strategic în jurul unităţii, îmi dădeau impresia că ne aflăm în viitor. Pacientul fusese plasat în centrul priorităţilor. Infirmierele, în loc să se învîrtească în jurul paturilor, temătoare să nu scape o extrasistolă periculoasă, prezicătoare a unei aritmii maligne, au fost dotate cu afişaje electrocardiografice pe mari ecrane TV, în camerele lor de gardă.

Scanned with OKEN Scanner

Unitatea de la Spitalul Peter Brigham era revoluționară în multe privințe. Ea a fost construită cu intenția de a diminua factorii de stres psihologic; luminile, de exemplu, erau legate la un reostat, astfel ca pacienții să nu fie treziți de o explozie de lumină la intrarea personalului. Liniștea era profundă. Pacienții care voiau să asculte un post de radio trebuiau să se folosească de căști. Iar fiindcă medicii chirurgi sunt în general zgomotoși și amenințători, am pus un anunț pe ușă: „Intrarea chirurgilor permisă numai pentru consultație". Unitatea era destinată să asigure o mare intimitate, permițînd totodată contactul vizual cu camera infirmierelor. Și pacientul putea vedea infirmierele, și viceversa. În nesfîrșitele mele sfaturi date personalului, am accentuat că o ambianță liniștită, în surdină, era esențială dacă voiau să perceapă corect dispoziția pacientului și starea lui de anxietate. Doar cînd domnește liniștea se poate detecta un geamăt ușor sau o eventuală furtună de disperare.

Surorile fuseseră promovate de la gradul de personal auxiliar – rolul lor de pînă atunci – la cel de asistente. Ele purtau, ca și doctorii, un stetoscop și participau la rondurile de dimineață, făcînd comentarii despre pacienți și comunicînd puncte de vedere asupra tulburărilor acestora, informații neprețuite la care personalul medical avea rareori acces. Un intern sau un rezident, supraîncărcat, mereu în zbor după probleme clinice urgente, rareori își găsea timp să asculte un pacient. Țineam conferințe de specializare pentru surori și îmi rezervam săptămînal o oră de consultații doar pentru ele. Era un nou tip de îngrijire participativă. Emoția era palpabilă și moralul ridicat.

În cazul unui stop cardiac, fuseseră învățate să nu aștepte sosirea doctorilor, ci să înceapă imediat defibrilația. Excepțional antrenate în resuscitarea cardio-pulmonară (CPR), ele erau uneori mai abile decît personalul medical al spitalului. Era o experiență estetică să urmărești o asistentă specialistă intervenind la un strop cardiac. Sunt încă plin de

Scanned with OKEN Scanner

respect cînd îmi amintesc de o asistentă plăpîndă, care mă ruga să văd un pacient nou sosit. Fiindcă unitatea era plină, omul se afla temporar pe o canapea în camera de tratament. Ea mi-a relatat foarte concis că era vorba de un bărbat de patruzeci şi opt de ani, inspector de pompieri, care suferise un stop cardiac cu cîteva minute în urmă şi la a cărui resuscitare intervenise. Dar cînd am intrat în cameră, pacientul habar n-avea de cvasicatastrofalul eveniment.

– Probabil că am leşinat un moment, a zis el.

Din spusele ei am reţinut că în vreme ce ea făcea o electrocardiogramă, el a intrat în fibrilaţie ventriculară. După ce mai întîi s-a asigurat că modelul haotic nu se datora unui electrod deconectat, i-a luat pulsul şi a pus defibrilatorul în funcţie, aşteptînd zece secunde pînă ce acesta a înmagazinat destulă energie. A fixat coordonatele de aplicare a şocului şi în cele din urmă a aplicat pasta conductoare pe padelele electrozilor şi le-a poziţionat pe pieptul lui, apoi a eliberat şocul. Şi făcuse toate acestea în douăzeci şi şapte de secunde! Am ştiut exact acest lucru, pentru că lăsase electrocardiograful mergînd, ceea ce m-a ajutat să verific informaţia. Cînd pacientul s-a trezit, un minut după aceea, ea l-a asigurat că avusese o aritmie minoră, care nu va reveni. Nici unul dintre ei nu era agitat, ca şi cum tot ce se întîmplase era ceva banal, care nu merita prea multe explicaţii. Ce extraordinar profesionalism medical!

Totuşi, nu eram satisfăcut de concentrarea exclusivă asupra resuscitării pacienţilor. Ar fi avut mai mult sens să prevenim fibrilaţia ventriculară decît să ne angajăm în acţiuni eroice cînd aceasta se petrecea. Vechea zicală că „un gram de prevenire valorează cît un kilogram de cură“ era adevărată. De cînd fibrilaţia ventriculară devenise reversibilă, iar pacienţii nu se mai temeau de ea, personalul medical privea aritmia drept ceva inofensiv. Dar era oare aşa? Am început să observ rarii pacienţi cu fibrilaţii ventriculare care nu puteau fi resuscitaţi. Chiar dacă se reinstalase un ritm normal, în

Scanned with OKEN Scanner

timpul fibrilațiilor inima lucra în rafale, ca şi cum pacientul ar fi alergat într-o cursă continuă de o sută de metri, dar fără un aport de oxigen sau de nutrienți din moment ce sîngele înceta să circule. Acest lucru se datorează faptului că pînă şi cea mai scurtă perioadă de aritmie înrăutățeşte leziunea existentă. Trebuia să schimbăm accentul de pe tratarea stopului cardiac – pe evitarea acestuia. Uşor de zis, greu de făcut! Nu putem trata fiecare victimă a atacului de cord pentru a proteja unul din şaptezeci şi cinci de pacienți care ar fi putut să intre în fibrilație ventriculară. Cum să ne dăm seama care dintre ei ar fi putut fi expus? Nu exista nici o informație care să sugereze că fibrilația ventriculară ar avea unele simptome recognoscibile, iar identificarea pacientului în vederea protejării lui ar fi fost insuficientă în absența unui medicament sigur, cu acțiune promptă şi eficientă. Cele de care dispuneam pe atunci acționau lent, compromiteau acțiunea de pompare a sîngelui şi induceau o mulțime de reacții adverse. Sarcina era descurajantă.

Chiar dacă am fi avut un medicament miraculos, cum puteam fi siguri că acesta i-ar proteja pe toți cei amenințați de fibrilație? Într-un eveniment rar întîlnit, cum poate selecta cineva un punct final terapeutic, indicînd că doza a fost bine prescrisă? Pentru mine, problema era simplificată de faptul că în timpul spasmelor de început ale atacului, pacientul manifesta o avalanşă de extrasistole ventriculare. Părerea mea era că aceste palpitații, prin frecvența şi tipul lor, indicau o inimă instabilă electric, fiind deci indicatori ai susceptibilității la fibrilații ventriculare. Diminuînd sau mai bine, abolind aceste extrasistole frecvente, puteam preveni apariția amenințătoarelor fibrilații ventriculare. Aceste minore neregularități de ritm constituiau deci ținta terapeutică pentru a defini doza de medicament indicată. În fapt, administram medicamentul pentru a preveni extrasistolele, iar făcînd asta, presupuneam că ele ar fi fost o asigurare împotriva apariției fibrilațiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Avînd o ţintă terapeutică potrivită, cum sunt extrasistolele ventriculare, puteam să evidenţiem atributele unui medicament ideal. O condiţie de bază era ca acesta să nu atace în continuare inima deja lezată. Medicamentul trebuia administrat intravenos, pentru a avea astfel un efect imediat. În timpul exercitării acţiunii sale de normalizare a ritmului cardiac, trebuia să slăbească acţiunea de pompare a sîngelui şi nici să scadă tensiunea arterială. Mai mult, trebuia să fie eliminat rapid prin ficat sau prin rinichi, astfel încît reacţiile adverse să fie minime. Nu exista nici un astfel de medicament, iar şansele ca trusturile de medicamente să lanseze un fel de Proiect Manhattan pentru descoperirea unui medicament ideal erau improbabile, fiindcă ar fi durat un deceniu sau mai mult pînă să ajungă la patul bolnavului. Nu-mi rămînea decît să încerc să găsesc în farmacopeea curentă un medicament care să aibă o nebănuită eficacitate împotriva aritmiilor şi, poate, şi cîteva dintre celelalte proprietăţi căutate.

M-am luptat cu această problemă timp de mai multe luni. Deodată mi-a venit în minte o imagine stranie, totuşi potrivită. Mă aflam într-o sală de operaţii din anii '50, unde un specialist în chirurgia toracică, doctorul Harrison Black, executa o pneumonectomie. El a făcut ceva neobişnuit: a stropit inima cu un lichid transparent.

– De ce stropeşti pericardul cu asta? l-am întrebat:

– Oh, asta e Xilină, numele comercial pentru anestezicul local lidocaină.

– De ce?

– Previne neregularităţile ritmului inimii în timp ce eu lucrez la plămîn, îmi explică el.

Nu ştiam despre Xilină nimic altceva decît că dentistul meu mi-o injecta în gingii. Dar nimeni în afară de doctorul Black nu menţionase faptul că Xilina ar avea proprietăţi antiaritmice. Am căutat în literatura de specialitate, dar n-am găsit nimic. Ştiam, totuşi, că medicii chirurgi erau

Scanned with OKEN Scanner

cunoscuți pentru cunoașterea de remedii casnice. Acum, cînd mă agățam de un fir de pai căutînd un medicament împotriva aritmiilor, am decis să arunc o privire mai atentă Xilinei.

Aceasta a fost una dintre numeroasele ocazii în care ar fi fost extrem de folositor să am un animal de laborator în imediata apropiere a secției clinice. Problemele care nu puteau fi rezolvate în clinică erau cercetate pe animale, iar rezultatele acestor studii puteau fi apoi aplicate prompt la bolnavi. Întrebarea apărută de data aceasta era simplă: lidocaina administrată intravenos în timpul atacului de inimă va face să dispară extrasistolele ventriculare?

Ne-am apucat cu hotărîre de lucru. După ce artera coronară descendentă stîngă a unui cîine a fost obstruată, s-au dezvoltat în următoarele 24-36 de ore o mulțime de aritmii ventriculare care s-au dovedit refractare la medicamentele disponibile. Imediat ce am injectat lidocaina, toate extrasistolele ventriculare au fost suprimate. A fost ca şi cum am fi închis un robinet, oprind cursul aritmiilor. Totul s-a petrecut atît de brusc, de repede şi de total, încît am rămas perplex. Era prea frumos ca să fie adevărat. Pură coincidență? mormăiam fără convingere. Dar rezultatele au fost confirmate de faptul că la 15-20 de minute după ce lidocaina a fost oprită, aritmia s-a reinstalat. Lidocaina nu produsese căderi de tensiune, nici nu compromisese activitatea ventriculară de pompare. Am repetat experimentul de zeci de ori, cu rezultate identice. Emoția mea nu avea margini.

Uneori impetuozitatea este răsplătită. După o săptămînă am întrebuințat lidocaina în salon, fără să mă adresez pentru aprobare Administrației pentru Alimente şi Medicamente, care ar fi amînat cu ani de zile utilizarea ei clinică. Am trimis personalului un memorandum cu instrucțiuni pentru administrarea lidocainei la sosirea în USC a bolnavilor care prezentau extrasistole. Din experimentul pe cîini am

Scanned with OKEN Scanner

extrapolat doza umană pe baza greutății corporale. Părea un act de curaj nebunesc din moment ce nu exista confirmarea că și cîinii ar metaboliza sau elimina lidocaina la fel ca oamenii. Din fericire, ceea ce am constatat la cîini s-a întîmplat și la pacienți. Pînă astăzi, indicațiile principale de folosire a lidocainei în clinică au rămas, în esență, aceleași.

Săptămînile următoare au fost extraordinare. Puteam opri neregularitățile ritmului inimii după nevoie doar prin injectarea lidocainei, dar puteam să și readucem aceste extrasistole prin încetinirea injectării substanței. Am stabilit că lidocaina era sigură și la pacienții în stare gravă, și la cei cu severă insuficiență cardiacă. Dacă rezultau unele complicații dintr-o doză prea mare de lidocainã, acestea erau eliminate în decurs de cîteva minute prin întreruperea medicamentului.

Prin introducerea lidocainei în tratament, țelul unității de supraveghere coronariană s-a schimbat spectaculos de la resuscitarea pacienților cu stop cardiac la prevenirea apariției acestuia. Timp de un an, folosind lidocaina pe oricine era spitalizat la USC cu extrasistole, nu am înregistrat nici o criză de fibrilații ventriculare la o sută treizeci de pacienți cu atac de cord. Această experiență ar fi putut ridica îndoieli asupra necesității unor secții atît de costisitoare, care apăreau ca ciupercile peste tot în țară și consumau miliarde de dolari. Dar eu eram prea copleșit de emoție ca să-mi fac griji în privința costurilor sau ca să mă implic în lungi analize de costuri/beneficii.

Lidocaina a fost introdusă în toate unitățile de supraveghere coronariană, în secțiile de terapie intensivă și în sălile de operație. Vînzările de lidocainã au crescut imens. Dintr-un anestezic local folosit de dentiști, ea a ajuns leacul major pentru salvarea vieții. O consecință nefericită a introducerii lidocainei a fost că am pierdut întreaga echipă de infirmiere specializate. Ele erau maestre în resuscitarea cardio-respiratorie, dar fiindcă lidocaina picura în tot mai

Scanned with OKEN Scanner

numeroase vene, aptitudinile lor nu mai erau puse la încercare. Păstrînd prea puțin din trecut, unitatea de supraveghere coronariană se dezvolta liniştit, cel puțin la suprafață.

Moralul infirmierelor a scăzut, dar eu consideram că extraordinar era tocmai faptul că, aparent, nu se întîmpla nimic. Oamenii se vindecau fără hei-rup, fără cicatrice reziduale în inimile sau în sufletele lor. Ce fantastic! Dar nu mai reuşeam să reaprind scînteia în aceste infirmiere. Argumentele mele erau ascultate cu respect, dar ele rămîneau demoralizate şi se transferau în alte posturi. Extrasistolele de pe monitoare atrăgeau privirile, noua tehnologie era fascinantă, iar administrarea maşinăriei le oferise un statut superior. Dimensiunea umană se pierduse în acest amestec.

Retrospectiv, acest lucru este evident, deşi nu mă gîndeam pe atunci că ne aflăm la începutul unei noi ere în medicină, în care entuziasmul este stîrnit mai degrabă de aplicarea noilor tehnologii decît de îngrijirea pacienților. Pentru unele victime ale atacului de cord, acesta era un joc cu totul nou, ca şi pentru pacientul care a venit cu întrebarea retorică „Ce mare lucru să ai un atac de inimă? Mi-a dat ocazia să mă odihnesc bine aproape o săptămînă. Nu m-ar deranja să am încă unul în următorii cinci ani".

Dezvoltarea USC a avut multe consecințe salutare. A stimulat dezvoltarea unităților de terapie intensivă şi în alte discipline medicale. A promovat infirmierele în roluri cheie în unitățile de terapie intensivă. Continua monitorizare a funcțiilor cardiovasculare a îmbunătățit îngrijirea bolnavilor în stare critică, iar mortalitatea pacienților cu infarct miocardic acut a fost redusă la jumătate. A stimulat cercetarea fiecărei fațete a atacului de inimă, confirmînd că vinovatul era cheagul de sînge care obtura brusc o arteră coronariană. Această descoperire a facilitat cea mai importantă realizare, introducerea terapiei cu trombostatice pentru dizolvarea cheagurilor de sînge. Multe progrese n-ar fi putut avea loc fără cercetarea făcută în acest tip de unități. Dizolvarea unui

Scanned with OKEN Scanner

cheag dintr-un vas coronar însemna ulterioara reducere la 6 % a mortalității provocată de atacurile de inimă, departe de cei unu din trei care decedau din această cauză în urmă cu treizeci de ani. Sunt convins că această remarcabilă scădere a mortalității nu s-ar fi putut petrece fără dezvoltarea unităților de supraveghere coronariană.

Desigur, fiecare cer luminos are norii săi. Orice progres înseamnă un cost. Medicina a devenit mai depersonalizată. Tehnologia predomină, iar pacienții au trecut pe locul doi. Un paradox al vieții mele și ultima ei ironie este că și munca mea de cercetare a facilitat acest dezechilibru, lucru pe care îl regret profund.

Scanned with OKEN Scanner

15

Extrasistola ventriculară. Palpitație sau prevestire?

La fiecare nouăzeci de secunde, zi sau noapte, cineva moare subit din cauza unei boli de inimă. În Statele Unite, cifra depăşeşte 400 000 de victime anual, egalînd-o pe cea a cancerului. Moartea subită – cea mai catastrofală consecință a bolii de inimă – vine pe furiş, ca un hoț, noaptea. La aproximativ 25% dintre victime, moartea este primul şi ultimul indiciu că persoana aceea suferea de inimă. Se apreciază că aproape 60% dintre acestea au fost afectate de o boală coronariană.

Este de neînțeles faptul că principala cauză a fatalității din lumea industrializată a fost larg ignorată de profesia medicală pînă la începutul anilor '70. Moartea este cel mai concret şi mai vizibil punct final în medicină. Cum a fost deci posibil să nu fie investigată marea problemă a morții subite de cauză cardiacă (MSC), cînd multe alte boli, mai uşoare, au fost recunoscute şi amplu cercetate? Eu cred că acest paradox este legat de felul în care preocupările medicale şi ideile sunt generate, promovate şi popularizate.

Interesul doctorilor spre o anumită temă este canalizat de vocea unui academician, iar zona de interes a academicianului este modelată de observațiile din propriul lui domeniu – spitalul universitar subordonat şcolii respective de medicină. Dacă pacienții cu anumite boli nu sunt admişi în acel spital, problemele lor rămîn neobservate. Victimele morții subite (MSC) nu ajungeau în spital. Ei ajungeau în afara

Scanned with OKEN Scanner

perimetrului, în pavilioanele de urgenţă. Era mai curînd un ocol decît o internare, o scurtă oprire unde erau declaraţi morţi la sosire, înainte de a fi duşi la morgă. Trecerea lor rapidă nu era înregistrată de minţile academice, nu genera studii, nu avea ca urmare rapoarte, colocvii, simpozioane şi altele, deci nu avea nici un impact. La fel, decesele care se petreceau în afara spitalului rămîneau în afara cîmpului vizual academic. Nepăsarea academicienilor pentru moartea subită de cauză cardiacă lăsa pe practicanţii medicinei să creadă că acest eveniment catastrofal era rezultatul unui ireversibil atac de inimă. Impredictibil şi insondabil, acesta era un act dumnezeiesc, în faţa căruia profesioniştii sănătăţii rămîneau neajutoraţi.

O schimbare a avut loc la începutul anilor '60, cu contribuţia mai multor factori. Între aceştia se afla introducerea defibrilatorului cu curent continuu (DC), care putea scoate pacienţii din fibrilaţia ventriculară letală, permiţîndu-le să-şi continue viaţa normală. Mulţi dintre cei care au supravieţuit nu prezentau schimbări nici electrocardiografice, nici ale enzimelor sîngelui care să indice un infarc miocardic sau un atac de inimă. Aceste cazuri au dezminţit convingerea că moartea subită cardiacă era consecinţa unui atac de cord, arătînd că ea a fost cauzată de un accident electric reversibil care a condus la fibrilaţia ventriculară.

Un alt eveniment care a contribuit la schimbarea mentalităţii lumii academice s-a produs la Şcoala medicală Johns Hopkins din Baltimore. William Kouwenhoven, un profesor de inginerie medicală pensionat care lucra voluntar la secţia de chirurgie, a venit cu o idee care, la prima vedere a părut ridicolă. Şi anume că apăsarea ritmică manuală a osului pieptului poate înlocui temporar acţiunea de pompare a inimii. El a demonstrat această manevră simplă menţinînd un flux adecvat de sînge în organele vitale, cum sunt creierul

Scanned with OKEN Scanner

şi inima, timp îndelungat după un stop cardiac. A fost o descoperire cu adevărat revoluţionară.

După ce inima se opreşte, în mai puţin de zece minute creierul suferă leziuni ireversibile, chiar şi pacienţii transportaţi în grabă la spital ajungînd acolo în moarte cerebrală. Inovaţia lui Kouwenhoven a redus tirania timpului, prevăzînd un interludiu de supravieţuire adesea suficient pentru transportarea pacientului, încă agăţat de viaţă, pentru defibrilare, la cel mai apropiat spital.

Un proiect unic al comunităţii din Seattle, Washington, organizat de doctorul Leonard Cobb şi de colaboratorii săi, a demonstrat că masajul extern al toracelui, executat de cei care sunt de faţă la stopul cardiac, este eficient în resuscitarea victimelor. Prin masarea pieptului şi prin respiraţia gură-la-gură, ei au ajutat la menţinerea fluxului sangvin în organele vitale pînă la sosirea ambulanţei, care a transportat în grabă victima la cel mai apropiat spital pentru defibrilare. Rezultatele au fost spectaculoase: aproape 30% din pacienţii cu stop cardiac au fost recuperaţi şi externaţi vii din spital. Totuşi, alte oraşe nu au fost capabile să repete experienţa din Seattle, unde aproape întreaga comunitate fusese instruită, antrenată şi implicată. Mai mult, chiar cu resuscitare imediată, 70% nu au supravieţuit stopului cardiac. Era evident că reducerea numărului impresionant de morţi subite impunea identificarea pacienţilor cu risc şi dezvoltarea de măsuri practice pentru prevenirea stopului cardiac. Lidocaina nu era un răspuns în direcţia asta, necesitînd administrare intravenoasă.

Nici studiile îndelungate nu au reuşit să descopere simptomele premergătoare ale morţii subite. Deşi majoritatea celor care treceau printr-un stop cardiac sufereau de boli coronariene, factorii cunoscuţi de risc coronarian nu ofereau nici un indiciu. Electrocardiogramele nu aveau nimic ieşit din comun. Chiar cînd un pacient vizita un doctor cu puţin

Scanned with OKEN Scanner

înaintea evenimentului fatal, nu exista vreun simptom care să-l alerteze pe medic. Era, desigur, posibil ca moartea subită să se producă instantaneu, ca expresie a unui proces sfidînd orice previziune, dar eu am refuzat să accept asta. Optimismul meu nu era hrănit de prejudecăți ideologice, ci de observații clinice făcute de la apariția unității de supraveghere coronară (USC). La pacienții spitalizați cu atac de inimă, cu cît era mai mare frecvența extrasistolelor, cu atît mai mare era predispoziția la aritmii periculoase pentru viață. Fibrilația ventriculară era anunțată adesea de o abundență de extrasistole ventriculare. Era acest lucru valabil şi pentru moartea subită? O diferență semnificativă exista între cele două situații. Stopul cardiac, spre deosebire de atacul de inimă, nu era cauzat de închiderea bruscă a unei artere coronariene. Experiența cu victimele atacului de inimă de la USC nu avea, deci, relevanță.

Din moment ce moartea subită survenea datorită fibrilației ventriculare, problema care se punea era dacă pacienții care mureau subit avuseseră aritmii ventriculare înaintea evenimentului fatal. Dacă astfel de aritmii aveau să fie de ajutor în identificarea pacienților amenințați, ele trebuiau să manifeste un model distinctiv care să fie destul de frecvent pentru a fi cu adevărat recunoscut şi, desigur, să preceadă stopul cardiac.

Dacă nu extrasistolele ventriculare, atunci poate banalele palpitații să fie indicația morții subite? Simpla apariție a extrasistolelor, care sunt resimțite de pacienți ca tresăltări ale inimii sau palpitații, este mult prea comună pentru a fi luată în considerare. Încă de pe vremea medicului roman Galenus, extrasistolele nu erau recunoscute ca dăunătoare. Ele au fost adesea acuzate de suferinzii din dragoste, invocate de poeți pentru a zugrăvi o inimă încărcată de pasiune, sau descrise de ipohondri ca palpitații intolerabile. Frecvența extrasistolelor crește odată cu vîrsta. Pe la şaptezeci de ani,

Scanned with OKEN Scanner

fiecare are salturi ale pulsului, de cele mai multe ori fără să producă vreun simptom. Mulți indivizi au de-a lungul vieții frecvente extrasistole fără efecte dăunătoare. Aceste observații erau în contradicție cu ipoteza mea, amintindu-mi de o remarcă a lui Thomas Henry Huxley: „Tragedia unui studiu științific este că o ipoteză frumoasă poate fi ucisă de o faptă urîtă".* Era oare teoria mea, care lega extrasistolele de moartea subită, o fantezie?

De cînd se introdusese electrocardiograful, la începutul secolului trecut, de către fiziologul olandez Willem Einthoven, medicii au devenit conștienți că extrasistolele diferă între ele în multe privințe. De exemplu, ele își pot avea originea în ventriculul drept sau stîng, pot să difere ca morfologie, pot apărea mai devreme sau mai tîrziu în ciclul cardiac, apar individual, în perechi sau în grupuri și se descarcă episodic sau punctează ritmul inimii după fiecare ciclu normal fără încetare.

Lucrînd cu defibrilatorul și cardiovertorul, m-a impresionat dificultatea de a provoca fibrilații prin descărcări electrice chiar în inima animalelor cu artere coronariene obturate. Stimulul electric trebuia să fie de multe ori mai puternic decît cel pe care îl poate genera inima – de 50 000 ori mai tare decît șocul necesar pentru a genera o singură extrasistolă. De asemenea, acest stimul trebuia aplicat pe un interval localizat în vîrful undelor T electrocardiografice. Acest interval, durînd doar douăzeci de miimi de secundă, era perioada vulnerabilă a ciclului cardiac, descrisă anterior. Într-adevăr, la fiecare bătaie, de-a lungul unui interval infinitezimal de timp, fiecare inimă este susceptibilă de fibrilație ventriculară, acel „fir de păr" care separă constant viața de moarte.

---

* Thomas Henry Huxley – *Biogenesis and Abiogenesis,* în *Discourses Biological and Geological: Essays by Thomas Henry Huxley,* New York: D. Appleton, 1896.

Scanned with OKEN Scanner

Am tras concluzia că un factor critic în inducerea fibrilației este relația între perioada vulnerabilă și un puternic curent electric. Sunt periculoase doar extrasistolele declanșate timpuriu în ciclul cardiac, în timpul perioadei vulnerabile. În timp ce astfel de extrasistole timpurii sunt comune și ușor de recunoscut, rămînea necunoscut modul în care generau ele curentul responsabil de provocarea unei activități haotice, observată în timpul fibrilațiilor ventriculare.

După cum mi s-a întîmplat adeseori în viață, niște observații clinice demult uitate îmi reveneau pe neașteptate în memorie. De mai multe ori, în USC, unde monitorizam ritmurile cardiace douăzeci și patru de ore din douăzeci și patru, pacienții, înainte de a avea un stop cardiac datorat fibrilației ventriculare, prezentau două sau trei secvențe de extrasistole sau chiar trasee mai lungi de extrasistole succesive. Aceasta a dus la întrebări care s-au dovedit decisive: oare salvele de extrasistole scad pragul excitabilității cardiace în perioada vulnerabilă? Sau fiecare extrasistolă în parte mărește susceptibilitatea car diacă în perioada vulnerabilă pînă cînd o bătaie este suficientă ca să declanșeze fibrilația? Și de cîte astfel de extrasistole secvențiale timpurii este nevoie pentru a atinge punctul critic, cînd un impuls electric fiziologic este suficient pentru a declanșa fibrilația ventriculară?

Încă o dată, experiențele pe animale au furnizat o soluție pentru dezlegarea acestei enigme. Cînd am aplicat stimuli electrici pe inimile cîinilor pentru a genera două extrasistole succesive în perioada vulnerabilă, a fost necesară cu mult mai puțină energie pentru a o provoca pe a doua, față de cea necesară pentru prima. Dacă trei extrasistole secvențiale au fost descărcate în același fel în perioada vulnerabilă, pragul pentru fibrilație a fost mai mic. Cînd am descărcat patru extrasistole, fibrilația a fost provocată de un impuls electric extrem de mic. A fost un pas înainte în încercarea noastră de a înțelege geneza fibrilațiilor ventriculare, de a da o explicație

Scanned with OKEN Scanner

a modului în care o inocentă bătaie de inimă constituie baza pentru o aritmie letală care poate aduce moartea instantaneu. Secretul se află în repetarea extrasistolelor, fiecare dintre ele făcînd doar o mică schimbare de prag, dar, cumulativ, suficientă pentru a declanşa aritmia letală. Acest lucru explica de ce mai multe extrasistole ventriculare, venind individual sau în salve, preced adesea moartea subită.

Aceste observaţii m-au încurajat să dezvolt un mod de clasificare a extrasistolelor în funcţie de posibilitatea de a provoca fibrilaţii ventriculare. Împreună cu doctorul Marshall Wolf, unul dintre asistenţii mei aflat la studii postdoctorale în programul de pregătire de la sfîrşitul anilor '60, am realizat o clasificare schematică a extrasistolelor ventriculare, cu referire la bătăile ventriculare premature (BVP). Ca să dovedim că aceste categorii de extrasistole aveau un sens clinic, a trebuit să determinăm dacă pacienţii cu extrasistole repetitive erau mai predispuşi la moartea subită. Totuşi, ne lipseau un eşantion mai mare de pacienţi coronarieni şi resurse substanţiale pentru a duce la capăt acest proiect de cercetare. Ocazia a bătut totuşi la uşă cînd am menţionat această idee unui prieten apropiat, doctorul William Ruberman, care lucra la Planul de Asigurări de sănătate din New York. El avea disponibili, pe o perioadă nelimitată, aproape două mii de oameni care trecuseră recent printr-un atac de cord.

Într-o serie de experienţe definitorii, Ruberman şi colaboratorii lui confirmaseră riscul potenţial al bătăilor ventriculare premature. Pacienţii cu extrasistole secvenţiale şi timpurii ce apăreau în perioadele vulnerabile aveau o probabilitate de cinci ori mai mare să moară subit decît ceilalţi pacienţi coronarieni. În ciuda acestor descoperiri, nu se instituise la vremea aceea nici un program mai larg de cercetare pentru a identifica mai precis pacienţii cu risc de moarte subită. Cardiologii americani ignorau această

Scanned with OKEN Scanner

provocare a momentului, în mare măsură pentru că era în afara domeniului lor. De asemenea, chiar dacă ar fi identificat astfel de pacienți, n-ar fi putut să facă nimic pentru ei.

Frustrarea mea crescîndă a dus la o idee bizară, inspirată de pianistul Van Cliburn. Necunoscut pînă cînd a cîştigat concursul de pian Ceaikovski din Moscova, a devenit apoi o personalitate a culturii americane. Eu nu căutam celebritatea, ci voiam mai curînd să-i folosesc pe sovietici ca stimul, ca unealtă de concentrare a atenției asupra problemei neglijate a morții subite. Presupunînd că sovieticii ar fi fost convinşi că era o problemă de prioritate națională, aceasta nu ar fi stîrnit interesul americanilor? În intensul război rece care se ducea atunci pe toate fronturile, nu ar fi dăunat mîndriei naționale americane să permită sovieticilor o altă reuşită atît de curînd după Sputnik? În 1966 ne-am folosit de o invitație făcută de doctorul Evgheni Chazov, un tînăr cardiolog sovietic celebru, pentru a vorbi medicilor din Moscova despre subiectul morții subite. Conferința, la care au asistat aproape opt sute de doctori, a fost un fiasco. Nici unul nu a părut interesat. Mi s-a răspuns fără echivoc cum că moartea cardiacă subită este o problemă americană datorată stresului dintr-o societate de „homo homini lupus“*. Era o afirmație absurdă, fiindcă boala arterei coronariene, predispoziția majoră către moartea subită, era larg răspîndită în U.R.S.S., atingînd o cifră de zece ori mai mare decît în Statele Unite. Motivele nu erau greu de găsit: hipertensiunea larg răspîndită, obezitatea, fumatul, locuințele mici şi aglomerate, regimul alimentar încărcat de grăsimi animale şi, mai presus de toate, stresul social neîncetat, din care mulți îşi căutau evadarea în alcool. Moscova m-a lăsat neconsolat.

Patru ani mai tîrziu am fost invitat să citesc, în fața a douăsprezece mii de cardiologi, documentul Connor, o lucrare adresată întîlnirii anuale a Asociației Cardiologilor Americani. Studierea morții subite a luat apoi amploare,

* Omul este lup pentru om (lat.).

Scanned with OKEN Scanner

extinzîndu-se în nenumărate direcții: epidemiologie, medicamente şi defibrilatoare, electrofiziologie. În 1972, ruşii, care ajunseseră să înțeleagă că moartea subită era principala cauză a deceselor în U.R.S.S., m-au invitat să îi ajut la rezolvarea acestei probleme.

În anii următori, studii epidemiologice extinse, în Statele Unite şi în străinătate, au confirmat ipoteza bătăilor ventriculare premature. În calitate de cercetători clinici nu ne-am putut declara mulțumiți cu o cunoaştere aproximativă. Țelul era identificarea celor expuşi la moartea subită şi protejarea lor împotriva acestei tragedii. Deşi existau o mulțime de medicamente împotriva aritmiilor, nu era clar cum să le întrebuințăm în acest caz. Doctorul Vladimir Velebit, un asistent la studii postdoctorale din grupul meu, a făcut descoperirea îngrijorătoare că toate medicamentele antiaritmice folosite pe atunci produceau aritmii la unii pacienți. Acest lucru însemna că tocmai medicamentul menit să prevină moartea subită putea provoca aritmii maligne care să ducă la moarte. Nu am putut descoperi factorii distinctivi care ar identifica pacienții predispuşi la reacții adverse față de un anume medicament. Fiecare răspuns al pacientului la un anume medicament era impredictibil. Cercetarea noastră extinsă a condus la o nouă abordare, destinată să testeze ambele posibilități, răspunsul advers, dar şi pe cel favorabil, la medicamentele antiaritmice. Realizam acest lucru printr-o scurtă monitorizare electrocardiografică şi printr-un exercițiu pe bicicleta fixă, după o consistentă doză orală dintr-un anumit medicament împotriva aritmiilor.

O importantă descoperire a fost raportată în 1982 de colegul meu, doctorul Thomas Graboys. La pacienții cu boli severe ale arterei coronare care trecuseră printr-o experiență de aritmie malignă exista un risc de recurență. La astfel de pacienți, nota Graboys, abolirea bătăilor ventriculare premature repetitive (BVP) şi a celor care survin în ciclul

Scanned with OKEN Scanner

cardiac timpuriu reducea predispoziția acestor pacienți la moartea subită. Pentru a preveni BVP era necesară o abordare individualizată în selectarea medicamentelor, precum și folosirea unor combinații de medicamente. Eram conștienți că, dacă medicamentele nu sunt adaptate la particularitățile pacientului, ele pot face mai mult rău decît bine. Dintre pacienții efectiv tratați, rata anuală a morții subite era de doar 2,3%, contrastînd cu cea de 43,6% a pacienților care continuau să aibă bătăi ventriculare premature ale inimii.

Era, desigur, posibil ca acești pacienți să fi supraviețuit și fără ajutorul unui medicament antiaritmic, ca predispoziția lor accentuată la aritmie să se fi vindecat spontan. Pentru a răspunde acestei întrebări, Graboys și colaboratorii lui au postulat că, dacă un medicament este într-adevăr protector împotriva aritmiei care amenință viața, întreruperea acestui medicament ar cauza prompt recurența bolii. Pentru studiu, el a selectat un grup de pacienți care avuseseră diverse reacții adverse la medicamente și doreau să li se întrerupă tratamentul antiaritmic dacă acest lucru nu amenința viața. Grupul de studiu a cuprins douăzeci și patru de pacienți care fuseseră tratați cu succes aproximativ treizeci și una de luni. Cînd medicamentul nu a mai fost administrat, doar la un singur pacient ritmul cardiac a rămas normal, la ceilalți reapărînd aritmia. Această constatare a stat la baza celor două concepte promulgate: primul – că pacienții cu aritmii ventriculare maligne ar putea fi protejați cu o terapie antiaritmică individualizată; și al doilea – că bătăile ventriculare premature sunt o indicație de tratament aritmic pe termen lung.

Totuși, am ajuns la concluzia că, în ciuda progreselor substanțiale, capcana morții subite se manifesta nestingherită. Într-o măsură semnificativă, acest lucru se datora lipsei de resurse sociale pentru rezolvarea problemei. Ori de cîte ori securitatea națională a fost amenințată, guvernul a mobilizat

Scanned with OKEN Scanner

oameni de geniu şi a alocat resurse financiare nelimitate, cum s-a întîmplat, de pildă, în cazul Proiectului Manhattan. În ultimul deceniu, patru milioane de americani au murit din cauza unui accident cardiac, care ar fi putut fi prevenit, dar nu se întrevedeau nici un fel de măsuri preventive. În timp ce fondurile de cercetare pentru HIV primesc o sumă – meritată – de 200 000 de dolari anual per bolnav, în ultimul deceniu, guvernul SUA a alocat aproximativ 25 de dolari per bolnav pentru cercetări în domeniul morţii subite. Raţiunea acestei investiţii incomparabile ca valoare este că moartea subită nu are relevanţă pe plan politic, decît, poate, în lumea de Apoi...

Mi se pare dureros să mă gîndesc la vieţile pierdute înainte ca problema să fie rezolvată. În ciuda numeroaselor medicamente disponibile, nici unul nu acţionează definitiv şi sigur. Cercetarea este necesară pentru a găsi un număr mic de agenţi antiaritmici nu numai pentru organul-ţintă, dar şi pentru locul responsabil de aritmie. Defibrilatorul implantat reprezintă şi el un progres însemnat. Acest dispozitiv electronic serveşte ca o santinelă permanentă a ritmului inimii, iar cînd apare aritmia, el declanşează o descărcare electrică direct în inimă. Dar nu cred că acest instrument costisitor este abordarea optimă a problemei de mare amploare a morţii subite. Ar fi preferabilă prevenirea apariţiei fibrilaţiei ventriculare (FV), decît aplicarea unui şoc pentru a scoate pacientul din aritmie, făcîndu-l să suporte trauma psihică a „întîlnirii cu moartea". S-au introdus şi alte tratamente, de exemplu cauterizarea prin frecvenţe radio sau alte forme de energie a focarelor de extrasistole sau a traiectelor care conduc impulsurile anormale. Ţelul de a preveni moartea subită poate fi deci atins, dar fiecare minut al acestor proceduri este foarte costisitor. Şi suntem pe cale de a pierde un bun social de neînlocuit: fiinţa umană în floarea vieţii.

Scanned with OKEN Scanner

Pe la jumătatea anilor '70, cînd mai cîştigasem încredere, eram capabil să vorbesc deschis pacienţilor mei despre moartea subită, subiect pe care pînă atunci evitam să-l abordez. Îi puteam spune unui pacient cu puţini factori de risc: „Nu vei muri subit" – explicîndu-şi de ce. După cum menţionam în capitolul 6, este important să îndepărtăm teama de moarte subită pe care o are, desigur, orice pacient cu boală coronariană şi să insuflăm un sentiment de uşurare şi acea bună dispoziţie care o făcuse pe secretara mea să creadă că le dau pacienţilor marihuana... Ei nu numai că se simţeau mai bine, ci *erau* mai bine, fiindcă după cum o dovedesc datele clinice şi experimentale, o persoană care nu se teme este supusă unui stres mai mic.

Poate că realizarea mea cea mai importantă în cele aproape cinci decenii de cercetare clinică a fost aceea de a pune moartea subită pe agenda cercetărilor medicale ca o problemă legitimată ştiinţific. Moartea subită nu mai este un subiect ce trebuie evitat de doctor şi de pacientul bolnav de inimă. Factorii care predispun la moarte subită sunt mai bine înţeleşi şi s-au adunat destule informaţii ca să definim mai bine riscul principal. Teama de moarte subită nu mai inspiră anxietate morbidă pacienţilor suferinzi de boli coronariene.

Vorbind despre jumătate de secol de cercetări, doresc să reafirm apartenenţa mea totală la comunitate ştiinţifică medicală. Sunt convins că şi medicina, şi tehnologia avansată sunt indispensabile unui tratament eficient. Din poziţia avantajată a cercetătorului clinic, am ajuns să înţeleg că tratamentul fără ştiinţă este o amabilitate bine intenţionată, dar nu medicină. Pe de altă parte, ştiinţa fără grija pentru bolnav răpeşte medicinei darul vindecării şi neagă marele potenţial al acestei vechi profesii. Cele două coordonate sunt complementare şi esenţiale pentru arta medicală.

În legătură cu încercarea mea de a trezi interesul cardiologilor ruşi pentru problema morţii subite cardiace,

Scanned with OKEN Scanner

mai am ceva de adăugat. Drumurile neprevăzute şi paradoxale ale vieţii m-au condus la alte rezolvări decît cele imaginate. Legătura cu ruşii, departe de a înflăcăra interesul Statelor Unite pentru problema morţii subite, a dus la o prietenie durabilă cu doctorul Evgheni Chazov şi la cooperarea noastră în organizarea asociaţiei „Medicii internaţionali pentru prevenirea războiului nuclear". În 1985, amîndoi am fost onoraţi să primim, în numele organizaţiei, Premiul Nobel pentru pace.

Scanned with OKEN Scanner

IV

Probleme incurabile

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

16

Grija pentru vîrstnici. Probleme şi provocări

„Prelungirea vieţii este prelungirea suferinţei“ – se văicărea Samuel Johnson. Într-adevăr, îmbătrînirea este o deteriorare a stării de sănătate fizică şi mintală, uneori în ritm rapid. Pe vremea lui Johnson, profesia medicală putea să facă prea puţin pentru a îndulci disconfortul produs de îmbătrînire şi pentru a îmbunătăţi calitatea vieţii persoanelor în vîrstă. Chiar şi astăzi, în ciuda marilor progrese ştiinţifice, elixirul vieţii rămîne un vis irealizabil. Mulţi privesc bătrîneţea ca pe o povară. Winston Churchill o considera drept „o înlocuire absurdă a vieţii“. Ca doctor, eu aleg o privire mai blîndă asupra îmbătrînirii.

Experienţa mea medicală timpurie m-a învăţat că vîrstnicii se agaţă cu disperare de identităţile lor, în loc să se menţină pe linia de supravieţuire. Mai pe scurt, ei îngînă pledoaria lui Shylock din *Negustătorul din Veneţia*. Cu cîteva schimbări minore, apelul lui este contemporan: „Eu sunt (*bătrîn*). Nu am eu ochi (*de bătrîn*)? Nu am eu mîini (*de bătrîn*), nu am organe, forme şi simţuri, afecţiuni şi pasiuni? Hrănit cu aceeaşi hrană, rănit cu aceleaşi arme, învins de-aceleaşi boli şi vindecat cu-aceleaşi leacuri vechi, încins de-aceleaşi veri, răcit de-aceleaşi ierni ca şi un (*tînăr*)? Dacă ne-nţepi, nu sîngerăm şi noi? Dacă ne gîdili, noi nu rîdem? Dacă ne otrăveşti, noi nu murim?“...

Pe cînd eram încă rezident în spital, am văzut un bătrîn care trecuse pe la toate clinicile ambulatorii din Boston fără să fie mulţumit. La vîrsta de nouăzeci şi cinci de ani nu era o treabă uşoară să hoinăreşti prin tot oraşul. Ce căuta el? Deşi arăta foarte bătrîn, era neînduplecat în hotărîrea de a găsi răspuns la problema lui. Bărbatul care îl însoţea părea fratele lui mai tînăr. În realitate era fiul lui, în vîrstă de şaptezeci de ani.

Îngrijorarea era întipărită pe faţa ridată a bătrînului. Orice mînca îi provoca crampe la stomac. Imediata pedeapsă pentru vina de a fi înghiţit un dumicat de mîncare era o durere îndelungă şi chinuitoare care îl făcea să geamă şi să se încovoaie. Înfometarea îşi lua tributul. Fusese redus la un sac de piele veştedă, abia ascunzînd un schelet fragil. Îi fusese diagnosticată o angină abdominală, boală produsă de îngustarea arterelor care aduc sîngele la nivelul intestinelor. Actul digestiei cerea mai mult sînge decît puteau transporta arterele sale. Intestinele, lipsite de sînge, intrau în spasme care îi provocau dureri chinuitoare. I se spusese că nu există nici tratament, nici uşurare pentru starea lui.

În timp ce bătrînul îşi povestea nenorocirea, fiul lui, care auzise probabil istoria de multe ori, părea plictisit. Întrerupse relatarea plîngăcioasă a tatălui său murmurînd:

– Tată, ce mai aştepţi la vîrsta ta? La urma urmei ai 95 de ani!

Iritat de comentariul insensibil al fiului, am izbucnit mînios:

– Ce are a face vîrsta cu suferinţa? Bineînţeles că o să vă ajut. Gura mi s-a uscat. Cuvintele mele iresponsabile erau mai mult o sfidare. Nu aveam de fapt nici cea mai vagă idee cum să-l ajut.

Un larg zîmbet de uşurare lumină faţa bătrînului:

– În sfîrşit, mi-am găsit doctorul. Nu trebuie să caut mai departe.

Scanned with OKEN Scanner

Venea destul de des la clinică. Gustări mici şi frecvente, cîteva înghiţituri din cînd în cînd îi aduceau o uşurare, iar odihna de o oră după masă îi alina durerea. Dar cel mai încurajator pentru el era faptul că găsise pe cineva care să-l asculte. Atît de puţin făcusem ca să-i schimb condiţia cronică şi deja mergea mai drept de spate şi nu mai părea deprimat.

După cîteva decenii am întîlnit un om de aceeaşi vîrstă, un fermier din New Hampshire. El îşi arăta cu adevărat vîrsta: ghemuit în poziţie fetală, domnul J. dormea aproape toată ziua. Ritmul inimii lui se fixase pe la treizeci de bătăi pe minut din cauza unui bloc cardiac (blocaj în sistemul excito-conductor), dar mă hotărîsem să nu-i implantez un pacemaker, fiindcă luasem destul de în serios zicala „Nu te lega la cap dacă nu te doare". Nu se plîngea de nimic şi nu avea nevoie de un ritm mai rapid al inimii pentru a dormi de-a lungul drumului spre veşnicie.

Cîteodată, o femeie tînără despre care presupuneam că este nepoata lui se aşeza lîngă pat. Avea în jur de treizeci şi cinci de ani şi era plină de solicitudine. Uneori îşi aducea şi băiatul, un copil de vreo opt ani, supus şi trist. Am încercat să-l ţin treaz pe domnul J. atît cît să-i explic de ce nu avea sens să-i implantez un pacemaker la vîrsta lui. În acel moment, nepoata a intrat în cameră, dar el aţipise din nou. L-am înghiontit:

– Treziţi-vă, nepoata dumneavoastră e aici, cu nepotul.

El s-a trezit tresărind şi mi s-a părut mult mai vioi decît îl văzusem pînă atunci.

– Nu e nepotul meu, e fiul meu, Billy.

Apoi adăugă cu un gest de curtoazie:

– Doctore, faceţi cunoştinţă cu soţia mea, Mary.

Am făcut o adevărată acrobaţie intelectuală ca să mă adaptez la realitatea cu totul nouă.

– Domnule J., am decis să vă implantez un pacemaker. Operaţia, care e una minoră, va fi făcută în după-amiaza asta.

Scanned with OKEN Scanner

După ce şi-a primit pacemakerul, ritmul inimii domnului J. s-a accelerat şi aproape şi-a dublat numărul de bătăi pe minut. Somnolenţa a dispărut şi a devenit un bătrîn alert.

Între aceşti doi bărbaţi de aceeaşi vîrstă curge un larg rîu de experienţe avute cu bătrînii. După mine, moartea nu vine ca un salt; ea implică o despărţire lentă de sine şi o abilitate descrescătoare a celor cinci simţuri de a se conecta cu lumea. Pierderea auzului, în mod special, este însoţitoarea aproape invariabilă a îmbătrînirii în mediul urban. Asaltul puternicilor decibeli asupra urechilor noastre îşi ia tributul. Un doctor poate să nu realizeze că un pacient este ruşinat sau nu vrea să recunoască această neplăcere. Îmi amintesc cum m-am străduit să-i explic unei femei în vîrstă felul în care să ia medicamentele. După vreo zece minute, văzînd cum mă aprobă din cap în semn că e de acord, i-am cerut să-mi repete ceea ce îi spusesem. Ea mi-a zis:

– Cele spuse de dumneavoastră par interesante. Aş face bine să-mi pun aparatul auditiv şi să vă rog să repetaţi, că nu am auzit prea bine.

Mă întîlnesc constant cu ceea ce Ronald Blyth Harcout numea „uimitoarea contradicţie între mintea mea vie şi corpul îmbătrînit în care este prinsă". Devenim de nerecunoscut pentru ceilalţi şi suntem jenaţi de înfăţişarea noastră. Însăşi prezenţa noastră pare să-şi ceară scuze.

Majoritatea pacienţilor mei de acum sunt de vîrsta a treia, cu un procent de pensionari de peste 60%. Oamenii trăiesc acum mai mult şi rămîn sănătoşi timp mai îndelungat. Hipocrate alesese cincizeci şi şase de ani ca vîrstă de început a senilităţii. Azi, pînă şi al şaptelea deceniu al vieţii corespunde, pentru mulţi, cu o perioadă de viaţă robustă şi de împliniri.

Pentru mulţi oameni, îmbătrînirea este trecerea spre ceva ameninţător, marcat de abandon şi de singurătate. Dar pentru cei pregătiţi, ea poate fi îmbrăţişată cu ardoarea tinereţii şi cu o putere de pătrundere pe care tinerii rareori o au. Văd numeroşi vîrstnici care, la nouăzeci de ani, încă sunt creativi

Scanned with OKEN Scanner

şi visători. După cum îmi spunea un profesor de arte, pensionat demult : "Visele sunt mult mai puternice decît amintirile".

Îngrijirea bătrînilor presupune să dispui de imaginaţie şi de dorinţa de a inventa. Mai presus de orice, impune o mai mică dependenţă de medicamente şi o concentrare pe rearanjarea vieţii. Şi necesită să fim alerţi la semnele de depresie. Exprimarea interesului nu este un antidot împotriva singurătăţii, dar micşorează durerile. Menţinerea speranţei că viaţa va continua, încurajează un pacient să persevereze. Stabilirea de obiective – aniversări, absolvirea nepoţilor, nunţi, sărbători de botez sau mitzvah, toate îl ajută pe pacient să menţină legătura cu viaţa. Un doctor trebuie să caute aceste evenimente aşa cum un scufundător sondează adîncurile în căutarea unei perle.

Doctorul dezvoltă strategii pentru a păstra ridicat moralul pacienţilor, fixînd vizitele nu prea departe în viitor, încît să nu pară o speranţă de neatins, dar nici prea apropiate, sugerînd un pronostic rău. De asemenea, eu îmi încurajez pacienţii să-mi spună o glumă nouă la fiecare consultaţie. N-ar trebui să ne ruşinăm să aprindem flacăra veseliei cînd totul pare trist, nici să ne simţim vinovaţi cînd spunem o minciună care ascunde un adevăr mai adînc. N-ar trebui să ezităm să asigurăm pacientul că viaţa lui contează, nici să ne jenăm să-i arătăm afecţiune. Rezistînd platitudinilor medicinei formale, un medic înţelept nu se teme să „tămăduiască".

Domnul D. era un medic pensionar care avea tensiunea mărită. Raţiunea lui de a trăi era să-şi îngrijească soţia afectată de Alzheimer, care avea acum optzeci şi opt de ani şi cu care împărţise o experienţă romantică de şaizeci şi cinci de ani. Ea nu-şi mai recunoştea nici copiii, iar el era şi infirmiera, şi menajera ei. Fiinţă gentilă, amabilă şi mlădioasă ca o trestie, domnul D. păşea nesigur, ajutat de un baston – şi mă întrebam cum de putea să facă şi cumpărăturile, şi curăţenia şi spălatul rufelor. Totuşi, era atît de vesel şi atît de binevoitor, încît toţi

Scanned with OKEN Scanner

cei din grupul nostru medical abia aşteptau vizitele lui, de două ori pe an.

Venea pentru încurajare, iar noi i-o furnizam din plin. Pierduse în greutate şi, ca doctor, se întreba dacă aceasta se datora vreunei boli. În timpul examinării fizice, părea tensionat cînd îl cîntăream.

– Am mai pierdut în greutate? întreba el îngrijorat.

– Aveţi 66 de kilograme, ca şi data trecută. (De fapt erau doar 65).

– E, într-adevăr, o veste bună. Sunt foarte bucuros.

Faţa îi strălucea. O luminiţă îi apăruse în ochii albaştri şi un zîmbet de uşurare, pe chip. La următoarea vizită, greutatea rămăsese neschimbată. Nespunîndu-i adevărul, l-am scutit de şase luni de tulburări. Adevărul sau minciuna pot fi abstracţiuni lipsite de sens, iar doctorul, motivat de bunătate şi de iubirea pentru pacienţi, nu-i poate minţi, dar poate îndulci adevărul.

Pacienţii mei mai în vîrstă m-au învăţat să fiu circumspect şi grijuliu. Nu le place să le aminteşti vîrsta avansată, bombardaţi fiind mereu de nesfîrşita evidenţă a deteriorării fizice. O pacientă, imediat după ce împlinise nouăzeci de ani, s-a dus la un oftalmolog din cauza unor pete pe retină. În timp ce o examina cu un oftalmoscop, doctorul a comentat: „Retina dumneavoastră arată îngrozitor!“ Apoi a întrebat-o ce vîrstă are, iar cînd ea i-a spus, el a adăugat: „În cazul ăsta, e normal“. Ea mi-a povestit cît de mizerabil o făcuse să se simtă.

Despre singurătate

Mulţi dintre pacienţii mei mai în vîrstă sunt apăsaţi de singurătate. Cînd ajung pe la optzeci şi cinci de ani, majoritatea celor din generaţia lor au dispărut. Pe cînd ei avansează în vîrstă, rudele lor mai tinere încep să se îmbolnăvească şi să moară. Există şi mai puţini oameni pe

Scanned with OKEN Scanner

care să-i viziteze, iar ieşirile sunt dificile din cauza reumatismului sau incontinenţei sau de jenă că au uitat numele unui prieten apropiat. Unii pacienţi ajung prizonieri în propria casă, iar singurătatea grăbeşte îmbătrînirea şi îi face mai fragili. Absenţa relaţiilor sociale scade capacităţile, îngreunează vorbirea şi erodează orele de veghe cu bănuieli morbide. Bătrînii nu se tem atît de moarte, cît de lungul act al morţii, de drumul accidentat al dizolvării finale.

Un atac cerebral sau de inimă, o hemoragie, o cădere sau o fractură sunt descurajante la orice vîrstă, în special în singurătate. Relatarea acestor evenimente şi frica de ele sunt subiecte de conversaţie zilnice între vîrstnici. Cît de des am auzit poveşti despre vreo bătrînă găsită după mai multe zile pe podea, după ce suferise o fractură care o imobilizase! Cel mai des era vorba despre o bătrînă, fiindcă femeile sunt mai expuse căderilor decît bărbaţii şi este de şapte ori mai probabil ca luxaţia să fie la şold. Într-adevăr, aceasta este, pentru femeile în vîrstă, cea mai comună vătămare care necesită spitalizare. Catastrofa e amplificată prin aceea că o viaţă independentă şi mulţumitoare este curmată adesea de un astfel de accident. Zece pînă la 20% dintre femeile cu fractură de şold mor datorită complicaţiilor rezultate din rănire, iar 25% sunt internate în aziluri.

O pacientă mai în vîrstă m-a făcut să înţeleg sensul singurătăţii şi teama de a trăi singur. Lovită de anomalia genetică a „cristalinului în roz", doamna S. era mereu o companie plăcută. Chiar la cei optzeci şi nouă de ani ai ei, viaţa era pentru ea o aventură în defăşurare. Am fost deci surprins cînd, la o vizită, a apărut înspăimîntată, deprimată şi văicărindu-se. Aceasta nu putea fi femeia care doar cu trei luni în urmă fusese atît de optimistă, găsind mereu ceva pozitiv de spus, chiar cînd zilele erau urîte şi monotone. Am întrebat-o dacă vreunul dintre prietenii ei murise sau dacă se simţea ignorată de copii. Ea a negat că ar fi murit cineva sau că familia ei ar fi mai puţin atentă.

Scanned with OKEN Scanner

Fiecare sistem corporal are o durere sau o disfuncție. Mai înainte nu se gîndea la constipație, la incontinență sau reumatism, dar acum aceste suferințe deveniseră de nesuportat. Probabil că era ceva serios. Dar după încercări repetate, n-am reuşit să găsesc focarul nemulțumirii ei. Probabil se petrecuse o schimbare în viața ei, dar care era aceasta? La întrebarea despre copii mi-a răspuns că sunt bine. Nu lăsa să se vadă că s-ar fi schimbat ceva sau poate că întrebările mele erau prea stîngace. Cînd am încheiat examinarea, printre vorbele de dinaintea plecării, cu încetineala cu care îşi iau rămas-bun bătrînii, doamna S. a menționat într-o doară, cît de fericită este prietena ei, doamna O., că are ocazia să meargă într-o vacanță cu familia în Michigan...

Am ciulit urechile. De ce aş fi eu informat despre ce făcea doamna O.?

– Unde locuieşte prietena dumneavoastră? am întrebat eu cu un aer inocent.

– În aceeaşi clădire, într-o cameră chiar dedesubt.

– Cum adică ?

– Are o cameră chiar sub camera mea şi avem aceeaşi conductă de apă. Apoi, cu un zîmbet, adăugă: Sistemul nostru telegrafic.

– Şi ce vă telegrafiați una alteia? am întrebat.

Mi-a povestit că, în fiecare dimineață, cea care se trezeşte prima bate în țeavă ca să arate că este în viață şi că e bine. Apoi aşteaptă semnalul de răspuns de la cealaltă. Dar cînd prietena va fi plecată, cum va mai şti cineva dacă ea, doamna S. adică, a murit sau, şi mai rău, dacă nu cumva a avut vreun atac sau a căzut şi şi-a fracturat şoldul şi nu mai poate să ajungă la telefon? Împărtăşindu-şi temerile, era deznădăjduită, gata să plîngă.

– Nu pot să aştept pînă se întoarce prietena mea. Viața e atît de nesigură...

Apoi recunoscu:

– Doctore, fac din ţînţar armăsar. De fapt, ea va fi plecată doar două săptămîni.

Am asigurat-o că nu se va întîmpla nimic şi am promis că o să-i telefonez zilnic. Vechiul ei optimism reveni şi ea păşi afară din birou cu mult mai sigură decît atunci cînd venise.

Despre ipohondrii

Sînt convins că singurătatea naşte ipohondrii. Mai mult, cultura noastră transformă bătrîneţea într-o problemă medicală, ca şi cum a îmbătrîni este o boală. Nici un grup de vîrstă nu e mai preocupat de boală şi mai plin de dureri şi de dizabilităţi. Oare durerea de după urechea dreaptă este semnul unei tumori la creier? Scaunele neregulate sunt un motiv pentru o vizită imediată la gastroenterolog? E greu pentru oricine, dar mai ales pentru bătrîni, să nu se sperie de alarmele trase cu nemiluita de media: dacă mănînci asta sau asta, te predispune la cancer de colon sau la atac de inimă. Conversaţia între bătrîni se concentrează asupra bolilor şi e piperată cu anecdote şi compătimiri pentru cei care au ignorat semnalele timpurii sau simptomele banale.

Membrii grijulii ai familiei contribuie şi ei la transformarea vieţii bătrînilor. Vina resimţită pentru neglijarea unui părinte este tradusă în teama pentru moartea lui. Aceasta se exprimă adesea prin accentuarea atenţiei medicale faţă de părinţii în vîrstă şi prin alimentarea neliniştii lor, ceea ce duce la numerose şi inutile vizite la clinicile medicale.

Multe persoane vîrstnice se lasă de bunăvoie prinse de zgomotosul complex medical-industrial. Vizitele la doctor, ca şi cumpărăturile, combat singurătatea. Pentru cei care nu au unde să se ducă şi s-au săturat să se uite mereu la cei patru pereţi, conectarea cu industria de sănătate este un mod de a stabili contacte sociale. Mişcarea de colo-colo, de la un

Scanned with OKEN Scanner

specialist la altul, umple timpul şi aduce şi mulţumirea de a avea pe cineva care să le asculte atent problemele personale.

E deconcertant pentru mine să constat cum oameni de toate vîrstele, dar mai ales bătrînii, altfel mîndri de bunul lor simţ, pot să uite de raţiune cînd e vorba de sănătatea lor. Cîţiva dintre cei mai inteligenţi pacienţi pe care i-am întîlnit sînt, în acelaşi timp, cei mai creduli şi mai susceptibili de a fi înşelaţi.

Astăzi, toată lumea este obsedată de colesterol. Un pacient mi-a telefonat de urgenţă fiindcă nivelul colesterolului său era de 220 mg, în timp ce acum o lună fusese 210 – o schimbare nesemnificativă!

– De ce repeţi lunar testul? m-am interesat eu.

– Nu e nici o problemă, pot să-mi permit...

Un alt pacient a avut o atitudine mai agresivă în legătură cu fluctuaţia lipsită de sens a colesterolului lui.

– Nu credeţi că ar trebui să acord atenţie principalului factor de risc, avînd în vedere că tatăl meu a suferit un atac de inimă la 74 de ani?

Preocuparea pentru colesterol este larg răspîndită, dar, în special pentru bătrîni, este contraproductivă. Regimul lor este şi aşa deranjat de dentiţie, de constipaţie, de lipsa poftei de mîncare şi de intoleranţa la multe alimente. Cînd am întîlnit-o, Doamna T., trecută de 85 de ani, era uzată şi fragilă. Am întrebat-o de ce pierduse şapte kilograme în ultimele şase luni, pierdere pe care nu şi-o putea permite. Mi-a răspuns că nu-i mai rămăseseră prea multe alimente pe care să poată să le consume.

– Cardiologul meu îmi spune să exclud grăsimea animală ca să-mi scadă colesterolul, diabetologul mă sfătuieşte să reduc zahărul, iar internistul mă avertizează că sarea mă va face să mă înec în propriile lichide.

Am sfătuit-o să neglijeze sfatul medicilor şi să mănînce orice avea chef. În şase luni a recîştigat în greutate, ca şi în optimism.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt pacient în vîrstă mi se plîngea:

– Doctore, nu mi-ai spus care e nivelul colesterolului meu.

– Ai supraviețuit pînă la 90. Ce mai contează? Oricum, ai un regim sănătos.

Atunci a întrebat, cu o seriozitate glumeață:

– Și eu ce voi spune la masa de seară? Mă simt jenat. Colesterolul este un subiect major de conversație și eu nu voi avea nimic de spus. E mai rău decît să nu știi numele președintelui.

Deoarece nivelul colesterolului variază destul de mult între diferite laboratoare sau chiar la același laborator în diverse momente, cu cît facem mai des testul, cu atît se naște mai multă confuzie și îngrijorare. Nu e un lucru neobișnuit pentru doctori să pună pacienții pe drumuri cînd colesterolul lor e ridicat. Iar cum mulți doctori determină colesterolul în laboratoarele lor private, o astfel de îngrijorare e bună pentru afaceri. După cum spunea un inteligent savant pensionar: „Doctorul meu e foarte îngrijorat pentru mine. Îmi ia colesterolul în fiecare lună".

Dacă educația nu exclude credulitatea, dimpotrivă, lipsa educației nu e o indicație a lipsei de bun-simț. Una dintre pacientele mele mai vîrstnice, autodidactă și cu un instinct pătrunzător, își exprima dezgustul față de nebunia pe tema colesterolului.

– Au rămas puține lucruri de care să ne bucurăm. Mîncarea nu mai e o sărbătoare. Fiecare îmbucătură, dacă e gustoasă, e păcătoasă.

Mergînd o dată la o stație de benzină, garajistul a întrebat-o:

– Doamnă, de care benzină doriți?

Răspunsul ei, fără să reflecteze, a fost:

– Cu colesterol scăzut.

Relativitatea testării nu se limitează la colesterol. Vîrstnicii, îngrijorați de boala care se ascunde în orice simptom nou, sunt mult mai susceptibili la asaltul tehnologic decît tinerii. Iar testele costisitoare sunt prescrise cu o

Scanned with OKEN Scanner

inimaginabilă uşurinţă. Doamna V. era în vîrstă, dar cu o sănătate destul de bună pentru vîrsta ei şi nu avea nici o boală de inimă. Am întrebat-o ce fel de analize făcuse la spitalul local din Boston.

Cu un zîmbet crispat, a încercat din răsputeri să-şi amintească. Apoi a spus, triumfătoare:

– Testul meu anual de şoptit.

– Testul de şoptit, cum adică?

– Păi da, un test de şoptit.

– Vreţi să spuneţi un test de respiraţie, de capacitate vitală, cînd suflaţi într-un tub şi...

– Nu, nu era acesta.

– Era poate pentru inimă?

– Da, unul care priveşte în inimă.

– Vreţi să spuneţi o electrocardiogramă? am încercat eu, nesigur.

– Da, e ca un ecou, o şoaptă.

Ecocardiograma e nepreţuită pentru diagnosticarea valvelor bolnave şi a anomaliilor miocardice. Dar de ce i s-a făcut unei persoane sănătoase? Şi de ce se repetă anual? Poate că taxa de 800 de dolari pentru test, din care 500 de dolari profit net, explică popularitatea ei.

Chiar şi cel mai deştept om de afaceri nu e mai presus de înşelătoria asaltului tehnologic. Domnul N. fusese „Mister Wall Street". În tinereţea lui nu se ţinuse de prostii, iar cînd l-am văzut la locuinţa lui din Long Island, mi-a vorbit cu mîndrie de devotamentul şi de meticulozitatea cu care îl îngrijea medicul său. Săptămînal şi uneori zilnic, doctorul lui îi făcea personal o electrocardiogramă. „Doctorul meu veghează într-adevăr asupra mea", mi-a spus el. M-a condus într-o bibliotecă special destinată păstrării electrocardiogramelor lui, unde multe mii din aceste înregistrări erau depozitate pînă în tavan. Din fericire, nu a insistat să le examinez. Una sau două pe an ar fi fost suficiente pentru îndrumarea medicală a domnului N.

Scanned with OKEN Scanner

Willard R. Espy, în *Almanahul vorbelor de joacă*, a reținut cîteva dintre stupidele prețiozități care se substituie informațiilor medicale.

„Joggingul produce atacuri de cord la bătrîni şi hernii de disc la tineri. Odihna la pat favorizează formarea cheagurilor de sînge... Cafeaua duce la gută, ceaiul constipă, ouăle astupă arterele. Dacă vin ai să sorbi, cancer de laringe ai să ai... Dacă dormi, ai să visezi, iar un vis excitant poate sfîrşi printr-o ocluzie coronariană. Iar pentru a atinge apogeul, după cum ar zice adepții planificării familiale: sperma e de vină pentru cancerul cervical... Viața poate fi periculoasă pentru sănătate!" *

Despre depresie

Depresia pe care am întîlnit-o la vîrstnici nu vine, spune William Styron, ca o „furtună năprasnică în creier".** Cuvintele lui Hamlet au exprimat-o mult mai potrivit: „Ce obosite, plate, banale şi nefolositoare/ Îmi par acum toate foloasele acestei lumi". Este o formă de plictis atît de subtilă, încît adeseori sfidează recunoaşterea. Dar zîmbetul sociabil n-a dispărut. Masca pe care o poartă toți nu are colțurile gurii lăsate în jos. Conversația se poartă animat. Nu e admisă nici o schimbare de atitudine. Doar cînd doctorul îl cunoaşte bine pe pacient poate simți deteriorarea. Vaporul a plecat. Nu mai există bravadă. Un aer de indiferență şi chiar de înfrîngere pluteşte în jurul ochilor. Prezența unei soții ajută enorm în confirmarea acestor observații. Ea răspunde afirmativ: „Da,

---

* Willard R.Espy, *An Almanac of Words at Play*, New York:, C.N.Potter, 1975.

** William Styron, *Darkness Visible: A Memoire of Madness*, New York:, Viking, 1990.

Scanned with OKEN Scanner

Charles e depresiv", apoi detaliază o mulțime de schimbări somatice şi de comportament.

Tulburările de somn sunt primele semne ale depresiei. În timp ce unii dorm excesiv sau nu pot să adoarmă, o situație mult mai des întîlnită este aceea, de a veghea la trei dimineața, epuizat de oboseală. Cu cît persoana respectivă se străduieşte mai tare, cu atît mai mult o ocoleşte somnul. Cum am spune, cu vorbele lui Rupert Brooke, „Plăcuta răcoare a cearşafurilor care / Gonesc degrabă orice încordare" nu mai e apreciată.* El se trezeşte chiar mai obosit decît s-a culcat şi trebuie să îndure oboseala toată ziua. Cerul gurii e plictisit. Activitățile de obicei plăcute nu mai au haz. Sexul mai mult răpeşte energie decît permite plăcere. Nepoții sunt şi ei obositori, iar feţişoarele lor nu mai par atît de drăguțe. Munca e o rutină nestimulatoare.

Deşi continui să întîlnesc pacienți vîrstnici plini de viață, ei sunt excepții. Loviturile vieții i-au lăsat pe mare parte dintre ei invalizi în spirit şi morbizi în înfățişare, iar traiectoria viitoare este descendentă. Nu sunt cruțate nici persoanele creative, care au avut vieți pline de sens.

Aştept cu bucurie să-l văd pe domnul E. Se bucură de o sănătate viguroasă, în ciuda celor treizeci de ani de angină. La cei optzeci şi cinci de ani ai săi, încă are o viață activă, ca artist, încărcat de distincții şi de onoruri. Deşi suferă de angină cînd merge să-şi ia ziarul de dimineață sau cînd se pregăteşte de culcare, nu are niciodată vreun disconfort cînd lucrează la opera lui.

– Cum merge? îl întreb. Lucrul e o plăcere?

– E mai mult decît atît. E viața mea.

Viața lui e plină, e dorit şi aplaudat. Şi e iubit de o femeie cu douăzeci de ani mai tînără. Cu toate acestea, e apăsat de gînduri morbide şi de sentimentul inutilității. Motivul pentru

---

* Rupert Brooke, *The Great Lover*, în Collected Poems of R.Brooke, New York: Dodd,Mead, 1943.

Scanned with OKEN Scanner

care i se declanşează angina cînd se duce la culcare, după cum el însuşi afirmă, este teama că nu se va mai trezi dimineaţa.

Cînd se plînge, afirmă că a moştenit melancolia mamei lui. Odată a dus-o să-şi ia ochelari de citit. Opticianul, oferindu-i o pereche, a întrebat-o dacă vede bine cu ei. Ea a răspuns: „Ce e atît de frumos în viaţă încît să merite să văd bine?"

Înainte să plece, îl asigur din nou pe domnul E. că situaţia inimii lui e stabilă şi îi spun că, dacă totuşi intervine ceva, poate să mă sune acasă. El mă priveşte încurcat şi descurajat şi înţeleg că am spus un lucru care nu se cuvenea.

– Ce aştepţi să mi se întîmple, doctore? Ce ar putea interveni?

Încerc să-l asigur din nou că totul e bine, dar cînd iese pe uşă, mă întreabă:

– Crezi că mai trăiesc pînă diseară ?

– Sunt sigur că vei supravieţui pînă mîine seară, glumesc eu.

– Mă simt deja mai bine, răspunde el rîzînd.

Depresia este o problemă biologică accentuată de vîrstă. Ea şi stresul sunt ca sacul şi peticul, scăzînd nivelul neurotransmiţătorilor din creier. Poate fi deci o boală de deficienţă, ca în cazul mixedemului sau al bolii Addison, cînd schimbările rapide din organism sunt produse de o secreţie scăzută a hormonului tiroidian, respectiv a cortizolului. Cu toate acestea, cuvîntul „depresie" exprimă şi starea trupului. Organismul nu este înfrînt, căzut, ci mai curînd agitat, ceea ce prilejuieşte stricăciuni sistemului cardiovascular. Numeroase cercetări arată că, în urma unui atac de inimă, pacienţii cu simptome depresive se simt mai rău. Ei prezintă un risc mai mare de recurenţă a bolii şi este mult mai probabil să moară subit.

Dacă doctorul nu recunoaşte semnele depresiei, terapia multor altor simptome este inutilă. Din fericire, domeniile moderne ale ştiinţelor medicale ne-au oferit o viziune mult mai profundă şi medicamente foarte eficace. Însă nu un

Scanned with OKEN Scanner

panaceu. Tratamentul trebuie individualizat, iar medicamentul trebuie să fie dozat cu finețe, ca să nu aibă efecte secundare neplăcute. Anormalitatea biochimică poate să nu fie permanentă, iar o dată ce depresia e depășită, medicația ar trebui întreruptă. Oricît de ajutătoare pot fi aceste produse farmaceutice, viața este mult mai bună fără ele.

Despre muncă

În țara noastră, o cauză importantă a depresiei este legată de muncă sau de pierderea acesteia. Nimic nu pune mai mult la încercare sistemul nervos, nu reduce mai drastic energiile ca lipsa de apreciere la locul de muncă sau propriul dezgust față de propria slujbă. Consider această cauză a depresiei extrem de provocatoare şi de frustrantă totodată. Pierderea serviciului este, de asemenea, un factor semnificativ pentru agravarea bolii de inimă şi pentru moartea prematură la orice vîrstă. A fi retrogradat din cauza vîrstei este la fel de distructiv din punct de vedere psihologic şi fizic. Următoarele cazuri implică doi pacienți care, deşi deosebiți, au avut probleme asemănătoare.

Domnul W., de şaptezeci de ani, era vicepreşedinte executiv al unei firme de mobilă care avea succes. Aparent fără efort, el continua să se implice într-o muncă de zece ore pe zi, şase zile pe săptămînă, şi era mîndru că nu şi-a luat nici o vacanță în patruzeci de ani. Lucra atît de mult nu din necesitate, ci pentru că îşi considera munca un act de creație, care îi dădea satisfacții. Afacerea prospera din cauza grijii lui, iar proprietarul era un prieten apropiat, care aprecia devotamentul investit de domnul W. Cînd proprietarul a murit, firma a fost preluată de fiul mai mare al acestuia. Şi el era ataşat de domnul W., care îl învățase toate secretele conducerii afacerii.

Scanned with OKEN Scanner

Domnul W. a venit să-l consult cu cîțiva ani înainte de schimbarea proprietarului, din cauza anginei pectorale, semn ce indica o boală a arterei coronariene. Disconfortul din piept era controlat cu ușurință cu pilule de nitroglicerină, dar ele erau rareori necesare. Angina se declanșa cînd făcea o plimbare vioaie după ce lua masa, mai ales în timpul iernii. De fiecare dată cînd venea la consultație vorbeam despre munca lui, care era întreaga lui viață, iar după moartea proprietarului, vorbeam despre cît de apreciată era munca lui de către noua administrație. Într-o vizită din decembrie mi-a spus că noul preşedinte i-a oferit o lună de vacanță în Florida, cu toate cheltuielile plătite, ca recunoştință pentru serviciile lui neprețuite, precum şi o substanțială primă de Crăciun şi o mărire neașteptată de salariu.

Deşi următoarea vizită fusese programată abia pentru vară, pe la sfîrşitul lui februarie domnul W. a venit să mă vadă, cu angina agravată. Acest lucru se întîmplase la o lună după întoarcerea din Florida. Vacanța lui fusese plăcută şi odihnitoare, petrecută mai ales pe terenul de golf sau jucînd gin-rummy.

„Ca să fiu cinstit, mi s-a părut plictisitor. Cum poți să joci întruna golf sau cărți fără să te scrînteşti?“ mi-a spus el. Tenul bronzat îl făcea să arate mai tînăr decît înainte, şi totuşi ceva lipsea. Înainte să plece în Florida era mîndru de el şi îmi vorbea despre noile lui idei pentru firmă. Acum entuziasmul dispăruse. Ceva îl măcina. Se gîndea la pensionare, chiar dacă înainte de vacanță plănuia să lucreze pînă la optzeci de ani.

Mă tulbura faptul că angina se manifesta chiar şi la cel mai mic efort. Acum resimțea durerea dimineața, în drumul de la casă la garaj. Angina e, de obicei, mai frecventă dimineața, dar drumul pînă la garaj era scurt, şi la vale. Mai mult, cînd scotea afară cutiile de gunoi, pe o distanță asemănătoare, sau cînd făcea exerciții după-amiaza, nu îl supăra angina.

Scanned with OKEN Scanner

– A fost totul în regulă azi la serviciu? l-am întrebat eu.
– O, sigur că da, a răspuns el, dar cam repezit.
– Munca dumneavoastră e la fel?
– Da, absolut.
– Aveţi cumva mai puţină autoritate?
– Deloc.

Mă simţeam ca avocatul acuzării. Ceva se schimbase, dar ce? Cînd conversaţia a devenit mai generală, a pomenit în cele din urmă că, la întoarcerea din vacanţă, a descoperit că altcineva îi ocupase biroul. Masa de lucru îi fusese mutată la etajul principal, unde lucrau executivii. Era încă tratat cu respect, salariul nu se micşorase, iar sfatul lui era căutat şi preţuit. Totuşi, a mărturisit că se simţea mizerabil, umilit şi profund rănit. Îşi pierduse interesul pentru muncă.

– Doctore, poţi să rîzi. Poate că fac din ţînţar armăsar.

Eu tăceam.

– Poate că au avut nevoie de biroul meu. Poate că asta a fost necesar pentru afacere.

Acum încerca să fie raţional.

Astfel în fiecare zi, mergînd spre garaj, era obsedat de actul nedemn al mutării lui. L-am sfătuit să-şi dea demisia. Dau rareori acest sfat, dar am fost îmboldit de gîndul că astfel de oameni, neajutoraţi în confruntarea cu problemele lor, sunt cei care pică morţi din senin. În cazul lui, mă temeam de drumul lui pînă la garaj, cînd se pregătea să plece la lucru dimineaţa. Nu eram convins că sfatul meu va fi urmat şi nu l-am constrîns să-l aplice. A continuat să meargă la slujbă şi, curînd după aceea, a suferit un atac de cord care l-a silit să iasă la pensie.

O problemă similară avea şi domnul Y., un profesor de matematică pensionat pe care îl vedeam de vreo şapte ani pentru o angină care îl deranja destul de rar. În mod normal, era exuberant, cu un zîmbet plăcut şi cuceritor, dar într-o zi a apărut îngîndurat. Cînd l-am întrebat cum fusese anul care trecuse, a ezitat şi a răspuns:

– Aproape bun.

Scanned with OKEN Scanner

Întrebat de ce aproape, mi-a răspuns că a avut un accident la un tendon şi asta l-a împiedicat să mai joace tenis. Cumva, răspunsul nu mi-a plăcut. Am vorbit despre munca lui, care îi plăcea. Deşi domnul Y. era pensionat, universitatea îi asigurase un birou, secretariat şi recunoaşterea cuvenită. Apoi a adăugat:

– E o bucăţică bună de mestecat.

Felul cum a spus-o mi-a atras atenţia. Fără îndoială, experienţa mea cu domnul W. m-a sensibilizat asupra importanţei unui birou în care ai lucrat o viaţă întreagă. A pierde un astfel de spaţiu putea echivala cu pierderea identităţii.

– Dar să presupunem că decanul are nevoie de acest spaţiu pentru vreun matematician mai tînăr şi promiţător? am întrebat eu. Ştim deja că instituţiile rămîn prea puţin loiale faţă de personalul pensionat, oricare i-ar fi fost contribuţiile.

O umbră de neplăcere i-a fluturat pe faţă cînd a spus, ezitant:

– Nu ştiu ce-aş face dacă ar trebui să renunţ la biroul meu.

– Vă îngrijorează asta?

– Nu prea.

– Dar ce veţi face dacă vi se va cere să-l părăsiţi?

– Nu prea ştiu. Aş avea prea puţine de făcut. Pînă acum s-au purtat foarte frumos cu mine...

Am insistat pe dificultatea de a continua la nesfîrşit o muncă şi pe nevoia de un plan, de o pregătire pentru ca pierderea unui birou să nu însemne pierderea scopului. I-am vorbit despre angina domnului W. după ce pierduse biroul.

Cu o oarecare ezitare, profesorul mi-a mărturisit că era chinuit de îndoieli. Se aştepta ca în orice moment decanul să-i ceară să elibereze spaţiul. L-am întrebat:

– Atunci de ce aşteptaţi? De ce nu vă pregătiţi pentru asta?

A părut încurcat, ca şi cum l-aş fi încurajat să înfrunte o calamitate naturală.

Scanned with OKEN Scanner

– Începeți prin a lucra o zi pe săptămînă acasă.
– Dar am nevoie de bibliotecă.
– Cît de departe locuiți de universitate ?
– Zece minute de mers pe jos.
– Ca matematician, probabil că puteți să vă desfăşurați munca oriunde.
– Da, într-adevăr. Şi, desigur, e puțin de mers pînă acolo, mă asigură el.

Realiza încet-încet că nu-i sugeram o retragere din munca lui de matematician, ci o schimbare a „locului faptei". Am discutat mai mult asupra acestui subiect şi eu am accentuat că, dacă ar lucra mai mult acasă, decanul n-ar mai fi o amenințare atît de mare şi n-ar mai părea omnipotent. În realitate, domnul Y., alimentîndu-şi teama, era din ce în ce mai împovărat. I-am sugerat să se gîndească la avantaje. El a luat o hotărîre rapidă.

– Mi se pare o idee bună. Voi încerca, a zis el. După care a adăugat:
– Mă voi duce să joc iar tenis.

Conexiunea lui m-a mirat la început. Apoi am realizat că atunci cînd cineva e depresiv, contemplînd propria dislocare socială şi inutilitatea care va urma, nu se mai preocupă să-şi mențină forma fizică. Ce mai contează? Dar afirmînd că şi-ar putea menține profesionalismul în ciuda schimbării instituționale, avea motive să se mențină în formă pentru noi provocări.

Cînd l-am revăzut după un an, profesorul era din nou vioi şi vesel. Biroul lui fusese dat altcuiva, dar el îşi aranjase un excelent birou acasă şi mersul pe jos pînă la bibliotecă îi făcea bine. Era acum complet liber – şi de griji, şi de angină.

Despre uitare

Bruce Bliven, redactor la *The New Republic*, scria despre cîteva dintre urmările nefaste ale îmbătrînirii:

Scanned with OKEN Scanner

*„Trăim după legile celor mai vîrstnici. Dacă periuța de dinți e umedă, înseamnă că te-ai spălat pe dinți... Dacă porți un pantof maro şi unul negru, e posibil ca o pereche asemănătoare să se afle în cămară. Mă clatin cînd merg, iar un băieţaş merge în urma mea şi pariază pe ce cale voi apuca. Asta mă supără. Copiii n-ar trebui să pună pariuri..."**

Cîteva aspecte ale îmbătrînirii sunt mai tulburătoare decît ridurile: pierderea memoriei. Numele proprii sunt printre primele care pleacă, dar nimic nu e bătut în cuie. Întrebîndu-l, la istoricul bolii, pe un fost amator de glume licențioase – acum în declin –, despre activitatea lui sexuală, mi-a răspuns printr-o glumă: „Doi bărbați, unul bătrîn şi unul tînăr, merg pe stradă. Tînărul se uită după orice femeie care trece. Bătrînul se gîndeşte: cîndva făceam şi eu asta, dar nu-mi mai pot aminti de ce".

Impactul memoriei slăbite mi-a fost demonstrat de domnul B., care în zilele sale de glorie fusese unul dintre avocații de frunte ai Bostonului. O memorie fabuloasă,, un spirit scînteietor şi o profundă stăpînire a legii îl duseseră pe culmile succesului. Acest bărbat drăguț şi amabil fusese pacientul meu timp de un sfert de secol. Acum, pe la optzeci şi cinci de ani, se micşorase cu cîțiva centimetri, auzul îi era afectat, vederea i se tulburase şi cădea deseori. În ciuda faptului că îşi fracturase membrele şi cîteva coaste, nu-şi schimbase obiceiurile de-o viață. Ca mulți oameni mai în vîrstă, comportamentul lui nu era constrîns de limitele fizice. Mi-au trebuit multe luni ca să-l fac să umble cu baston.

În timpul unei vizite medicale, cînd am intrat în cabinet, era îngrijorat să nu-şi uite bastonul. Ca să-l asigur că asta nu se va întîmpla, am atîrnat bastonul de o armătură electrică fixată pe tavan. N-ar fi putut părăsi cabinetul fără să se lovească de el.

---

*Bruce Bliven, citat de Lewis Thomas, în *The Fragile Species*, New York: Scribner's, 1992, p.74.

Scanned with OKEN Scanner

După examinare, s-a întors în biroul meu şi am mai vorbit vreo zece minute. Cînd să-mi spună la revedere, a intrat în panică:

– Unde mi-e bastonul?

– Nu e nici o problemă, l-am asigurat eu şi am scotocit biroul, uitîndu-mă chiar şi sub masă. Dar bastonul nu era nici acolo, nici în cabinetul de consultaţie, aşa că m-am uitat din nou în toate ungherele biroului. În sfîrşit, l-am rugat să refacă împreună cu mine traseul pe care a mers. Am străbătut încetinel, împreună, scurta distanţă dintre cabinet şi birou.

– M-am întors din cabinet în biroul tău, mi-a zis el, cu voce tărăgănată.

– Dar unde ai mai mers?

– Nicăieri. Am venit direct în biroul tău.

– Nu cumva ai fost la toaletă?

– A, da, am fost la toaletă.

Acolo, pe suportul de prosoape, atîrna faimosul baston.

Domnul B. chicoti:

– Acum ai aflat cum îmi petrec ziua. Căutînd blestematul de baston!

Am învăţat mult din asta. Mi-am dat seama că, fără memoria imediată, fiinţele umane sunt complet scoase din funcţiune. Depresia, atît de comună la bătrîni, poate fi rezultatul unei frustrări continue şi crescînde, produsă de căutarea unor bastoane sau a altor lucruri asemănătoare.

Despre sex

Cu cîtva timp în urmă, săream peste întrebările privitoare la sex la persoanele de peste şaizeci şi cinci de ani. Chiar după maturizarea mea ca doctor, îmi era peste mînă să vorbesc despre acest subiect cu pacientele mai vîrstnice. Încet-încet, pragul de vîrstă a crescut. Acum, nici cei aflaţi în al optulea

Scanned with OKEN Scanner

deceniu de viață nu sunt scutiți de întrebări și chiar de discuții asupra subiectului. Totuși, după mai mult de patruzeci de ani de practică medicală, încă mă simt constrîns de tabuurile societății noastre. Sexul este de obicei asociat cu tinerețea. Societatea menține o imagine întunecată a sexului între vîrstnici, ca fiind ridicol, rizibil, necurat și chiar pervers. Cu cît mai în vîrstă e persoana, cu atît mai impropriu este actul. Conceptul popular de „bătrîn scîrbos" nu-i ajută pe doctori să abordeze această problemă.

Dispariția capacității sexuale cu mult înaintea declinului vieții este oare o lege biologică ? Shakespeare, în *Henric al IV-lea,* își pune aceeași întrebare: „Nu-i oare straniu că dorința supraviețuiește performanței?" Răspunsul este și da, și nu.

Foarte devreme în cariera mea am fost lecuit de prejudecata că sexul este doar pentru cei tineri și viguroși. Pacientul, domnul S., avea șaizeci și opt de ani, mergea încovoiat și era evident împovărat de ani. Doamna S. arăta și mai bătrînă, cu fața ca un pergament uzat și ridat. Clădită ca un butoiaș, ea nu se mișca grațios înainte, ci se legăna în dreapta și stînga ca o păpușă Marioșka rusească.

Domnul S. venise la consult pentru stări rare de slăbiciune și aproape că era să pic și eu pe jos în timp ce-l examinam. Mi-am pus stetoscopul pe pieptul lui și am auzit un tic-tac, dar următorul tic-tac a urmat după mult timp. M-am uitat îngrijorat la el și el la mine. Ritmul inimii lui era doar de 28 de bătăi pe minut. Era surprinzător, căci el se plîngea doar de stări de leșin. Nu lua nici un medicament care i-ar fi putut încetini ritmul inimii, iar eu nu aveam nici o explicație pentru blocaj, exceptînd teama, indusă de vîrstă, pentru sistemul lui circulator. Am recomandat imediata implantare a unui pacemaker ventricular.

În ciuda insistențelor mele, și el, și soția au refuzat categoric. „Mi-am trăit viața fără astfel de stimulente și tot așa o să și mor." Avea dreptate în ce privea ultima concluzie, iar pledoaria și explicațiile mele n-au fost de nici un folos.

Scanned with OKEN Scanner

N-am fost capabil să o conving nici pe doamna S., deşi am vorbit cu ea separat. Amîndoi se opuneau categoric.

Pe cînd se pregăteau să plece, femeia îl îmboldi pe soţ: „Întreabă-l pe doctor, întreabă-l, nu fi timid". Nu aveam nici cea mai vagă idee despre ce anume era vorba, pînă cînd doamna S. a izbucnit: „E bine ca el să facă sex, dată fiind situaţia inimii?" Eram stupefiat ca să pot răspunde, aşa că am afirmat dînd din cap cu admiraţie.

Vîrsta unui pacient oferă prea puţină justificare doctorului ca să-i prescrie o activitate sau alta. Cel mai bine este ca doctorul să definească în mare principiile terapiei şi să lase pacientul să se limiteze singur.

Cîţiva ani mai tîrziu, o îngrijeam pe doamna D. de o fibrilaţie atrială paroxistică. La optzeci şi doi de ani încă mai avea urme din frumuseţea tinereţii sale. Trăia în Texas, dar nu avea încredere în doctorii de acolo, fiindcă nu reuşiseră să-i ţină sub control aritmia. I-am prescris Amiodarone, pe atunci un antiaritmic nou care înlătura toate atacurile, chiar dacă îl lua doar de două ori pe săptămînă. Dar cînd începea din nou să i se taie răsuflarea şi să se sufoce, mă suna.

Senzaţia de sufocare era îngrijorătoare, fiindcă una dintre complicaţiile serioase ale Amiodaronei este îmbolnăvirea plămînului, care duce la incapacitatea de a respira. Eram uluit totuşi cum încă o pilulă de Amiodaronă şi un Valium i-au adus o uşurare promptă. Simptomele au cedat în cîteva minute, cu mult înainte ca a doua pilulă să fi fost absorbită de intestin.

După mai multe săptămîni în care apelurile telefonice au continuat, am chemat-o la Boston. În timp ce stabileam istoricul bolii, ea mi-a spus mai întîi pe ocolite, apoi mai direct, că bărbaţii vîrstnici ca soţul ei ar trebui să-şi găsească alte femei. „Nu mai pot suporta. Soţul meu are optzeci şi opt de ani, dar devine din ce în ce mai activ sexual pe măsură ce îmbătrîneşte, iar eu nu sunt capabilă să-l satisfac. În timp ce eu am un orgasm rapid, el continuă şi continuă – şi mă sufocă.

Scanned with OKEN Scanner

Nu ştiu ce să fac, doctore". Începu să plîngă, apoi urmă: „Fiindcă eu nu-l pot satisface, el devine mînios şi mă numeşte cățea, nevrotică şi cîte altele şi mai rele".

Conversația s-a dovedit încurajatoare. Am sfătuit-o să apeleze împreună la consiliere. „La vîrsta mea să apelez la consiliere pentru...sex?" – şi a izbucnit în hohote de rîs.

Era o nouă turnură în tragicomedia sexuală, marcînd condiția umană. Mi-am amintit de versurile lui Thomas Campion, muzician, poet şi doctor de la sfîrşitul secolului al XVI-lea : „Fiindcă-s bătrîn, iar tu eşti încă-n floare, / Prin vene-ți curge foc, iar sîngele-mi e rece/. Deşi acum uscată mi-e viața care trece,/ Tot mai aprind tăciunii, din flacăra ce moare".

Deşi împlinise deja nouăzeci de ani, doamna N. iubea un bărbat care avea pe jumătate vîrsta ei, iar el o iubea pe ea. Nu au ajuns în pat împreună, fiindcă ea se gîndea că asta le-ar pîngări iubirea. Totuşi, mi-a mai spus că, îmbătrînind, ceea ce-i lipsea mai mult era faptul că nu mai face dragoste. „Cel mai greu e să trăieşti fără asta". Se trezea adesea cu o copleşitoare dorință, biciuită de amintiri erotice, dar vederea sînilor ei lăsați şi a pielii încrețite şi urîte o umplea de ruşine şi de scîrbă.

Medicul e martor la un larg evantai al condiției umane. Sexualitatea la vîrsta înaintată este invariabil pătată cu tristețe. Absența ei este profund resimțită şi rareori menționată direct. Doctorii ocolesc subiectul, simțindu-se neputincioşi în fața acestei stări pe care o atribuie inexorabilei îmbătrăniri. Totuşi, o ureche simpatetică se poate dovedi terapeutică. Dacă zeii ar fi fost mai miloşi, ar fi îngăduit un reviriment hormonal la sfîrşitul vieții. Aceasta ar fi permis nu doar mîngîierea amintirilor de iubire prin cuvinte poetice, ci şi îmbrățişarea partenerului cu o pasiune încă vibrantă. În absența unei astfel de divine restructurări a biologiei îmbătrînirii, omul caută surogate.

Scanned with OKEN Scanner

Despre romantism

Mulți pacienți îmi înalță spiritul prin felul în care înfruntă involuția vîrstei avansate. Doamna E.G., de optzeci și cinci de ani, avea părul alb și atît de subțire, încît cei doi norișori despărțiți prin cărare lăsau să se vadă un scalp luminiscent. Ochii ei vii, aruncînd săgeți albastre, erau încastrați într-o montură de riduri fine, iar ea era iute și zglobie ca o pasăre, ciripind cuvinte grațioase. După alură, putea fi confundată cu cea care fusese odinioară: o tînără femeie cochetă, mergînd la întîlnirea cu prietenul ei. Cînd vorbea despre Peter, soțul ei cu care trăia de șaizeci și trei de ani, înflorea ca o tinerică povestind despre minunile primei iubiri. Nici el nu mai era sănătos. Fusese atins de un emfizem sever și de o flebită, avea mersul instabil și era legat de casă în mai toate lunile de iarnă, fiindcă cea mai ușoară expunere la frig îi aducea o pneumonie.

Cînd am examinat-o, mi-a spus că regretul ei în legătură cu îmbătrînirea era că umblă mai încet. Și s-a grăbit să adauge că omul trebuie să accepte totul cu grație. Era mîndră de greutatea ei, care era aceeași ca în ziua nunții. Ținuse un regim dietetic strict timp de un an, în care pierduse cincisprezece kilograme. Totuși, ajunsese la această siluetă zveltă cu prețul unor rînduri de piei care îi atîrnau sub nivelul taliei, ca niște șorțulețe.

Doamna G. își amintea că mama ei o învățase un lucru important : „Ai copii, draga mea, dar ei vor părăsi cuibul părintesc și îl vor construi pe al lor. Atunci vei rămîne doar cu soțul tău. Dacă îl pierzi, dragă, rămîi cu nimic. Și el are nevoie de tine. Acesta este un rol important de îndeplinit". Nu și-a regretat niciodată rolul și avea doar exclamații de dispreț pentru feminismul modern. Am întrebat-o despre viața ei socială. Ea a rîs: „Desigur, am multe prietene. Dar am grijă să fiu acasă pînă la ora două după-amiază, pentru eventualitatea în care Peter ar sosi mai devreme de la serviciu.

Scanned with OKEN Scanner

Ar fi prea trist pentru el dacă nu m-ar găsi acasă. Şi nu mi-aş ierta-o niciodată".

Cînd m-am dus să-l văd pe soţul ei, prima lui întrebare a fost: „Cum se simte fetiţa mea ? Aţi examinat-o ? E în ordine?" Cînd l-am asigurat că e bine, mi-a spus că sănătatea ei valora pentru el mai mult decît a lui. „Restul e fără importanţă." Cînd s-au reîntîlnit în biroul meu după consultaţie, s-au îmbrăţişat de parcă ar fi suferit o lungă despărţire. „O, dragă, am fost prea mult timp despărţiţi" – şi-au spus unul altuia, îmbrăţişîndu-se ca doi tineri amanţi fideli unul altuia, cu o intensitate dezminţind vîrsta. Această scenă s-a repetat la fiecare vizită anuală, timp de un sfert de secol cît le-am fost medic.

În timpul examinării, domnul G. a comentat: „Ştii, doctore, deşi suntem căsătoriţi de peste şaizeci de ani, încă îmi place să o privesc pe Edith – ore în şir – e atît de frumoasă!" Cînd au plecat, mă simţeam şi eu optimist şi gata pentru o zi plină de lucru. Pluteam şi eu...

Dar acest tip de relaţii este rar. De obicei vîrsta aduce cu sine neglijarea romantismului. Mult prea des, la un pacient în vîrstă, doctorul se confruntă cu o indispoziţie incurabilă şi cu o problemă insolubilă. După mine, tratarea pacienţilor bătrîni constă în a alina bolile care nu pot fi vindecate şi în a-i educa să-şi trăiască viaţa în ciuda limitărilor impuse de vîrstă şi de boală.

Despre umor

În cultura noastră încremenită în tinereţe, bătrîneţea este privită ca un trist deznodămînt al vieţii. Vîrstnicii, dacă nu sunt de ignorat, atunci sunt buni de batjocorit şi de ridiculizat. Credem că ei nu ne mai pot învăţa prea multe în aceste vremuri grăbite. Ei bine, eu am aflat contrariul. Oamenii care au ajuns la vîrsta bătrîneţii cu facultăţile mintale intacte sunt în mod

Scanned with OKEN Scanner

normal o sursă de înțelepciune și de instruire pentru tineri. Aștept cu bucurie vizitele multora dintre pacienții mei mai vîrstnici și zăbovesc mai îndelung la căpătîiul lor cînd sunt spitalizați. Ceea ce mă impresionează în mod deosebit este că, spre deosebire de tinerii pacienți permanent grăbiți, prinși în cursa alertă a vieții, acești pacienți vîrstnici își acordă timp de gîndire. Perspicacitatea lor e ascuțită, mergînd drept la țintă și contemplînd trecerea vieții cu detașare și cu umor.

Simțul umorului este esențial pentru vîrsta înaintată. La optzeci și șase de ani, un om de afaceri pensionar își caracteriza situația chicotind amuzat: „Fiicele mele sunt pline de solicitudine pentru mine, dar mă dau gata cu grija lor. «Tată, nu mai mînca sărat, nu ieși în stradă, că poți să aluneci pe gheață și să-ți fracturezi șoldul, sau poți să răcești și să faci pneumonie»... Dar mîncarea fără sare e lipsită de gust. Golf nu pot să joc din cauza șoldului meu cu artrită. Scaunele mele nu sunt regulate fără Metamucil, Colace și cîte un supozitor pe deasupra. Nici un strop de alcool sau carne condimentată din cauza gutei. Nu vine nimeni să mă viziteze fiindcă prietenii mei au murit. Sexul e prea periculos din cauză c-aș putea lua SIDA. Atunci ce mi-a mai rămas? Sunt ca și mort".

Am îngrijit-o pe doamna C. mai mult de un deceniu. Știam că are optzeci și șase de ani, deși cînd am întrebat ce vîrstă are, mi-a spus cincizeci și nouă. Ea mi-a amintit de o istorioară povestită de directorul de teatru Harold Clurman: „Un ziarist îi ia un interviu Sarei Adler, decana de vîrstă a teatrului evreiesc, cînd ea trecuse de optzeci și cinci de ani. «Doamnă Adler, începu el, nu vreau să vă ofensez, dar ați putea să-mi spuneți ce vîrstă aveți ?» Fără să clipească, ea a răspuns: șaizeci și opt. «Dar, doamnă Adler, cum e posibil? L-am întrebat pe fiul dumneavoastră Jack ce vîrstă are și mi-a răspuns că are șaizeci de ani»... «Ei, a răspuns ea fără ezitare, el își trăiește viața lui, iar eu pe a mea.»" *

* Harold Clurman, *All People Are Famous* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1974), p.197.

Scanned with OKEN Scanner

Revenindu-şi lent din mai multe boli, inclusiv pneumonie, insuficienţă cardiacă, angină pectorală, aritmii şi o infecţie dureroasă la genunchi, domnul M., de nouăzeci şi doi de ani, zace pe patul de spital arătînd ca un mic heruvim ofilit, cu păr alb de mătase, obraji roz, barbă albă scămoşată, o yarmulka * pe craniul chel şi favoriţi cîrlionţaţi. Neavînd dinţi pentru o articulare şi o pronunţie corectă, vorbele lui ieşeau cu un şuierat subţire, iar sensul era greu de perceput. După un timp, m-am obişnuit cu vocea lui şi, privindu-l în ochii căprui, jucăuşi şi adînci, am început să deslușesc ce spune.

„Doctorii spun că rezultatele (analizelor) sunt negative, dar pacientul este pozitiv", zicea el savurîndu-şi propriile cuvinte, ca o mărturie că încă funcţiona bine la „etaj". Şi continua : „Deunăzi, în holul clădirii unde locuiesc, o tînără femeie şi-a aruncat braţele în jurul gîtului meu, încercînd să mă sărute. Eu i-am spus: «Doamnă, stai uşor, sunt alergic la lalele.»"

Se lăuda că multe femei se ţin după el. „Omul de serviciu mă tot întreabă: «De ce trăiţi singur, cînd toate aceste femei se ţin după dumneavoastră?» I-am răspuns că orice femeie care doreşte să se mărite cu un bărbat dărîmat ca mine e nebună. Vrei să mă vezi potcovit cu o nebună, asta vrei ? Şi cu asta i-am închis gura."

Cînd mă pregăteam să plec de lîngă patul lui, m-a întrebat:

– Doctore, crezi că mai trăiesc o lună ?

– De ce doar o lună ? l-am întrebat.

– Vreau să fiu în viaţă ca să merg la nunta strănepoatei mele. Şi după asta mai găsesc eu vreun motiv.

Nu se temea de moarte, dar i se întîmplau prea multe lucruri ca să părăsească viaţa chiar acum. El confirma sensul unui vechi proverb evreiesc : „Omul trebuie să continue să trăiască măcar pentru a-şi satisface curiozitatea".

---

* Acoperitoare de cap la evrei, purtată la rugăciune.

Scanned with OKEN Scanner

În ziua următoare, la vizită, mi-a relatat că un cardiolog îi spusese că inima lui se mărise. „Ce e surprinzător în asta, doctore? De cincizeci de ani oamenii îmi tot spun că am o inimă mare“...

Un alt pacient pe care l-am admirat pentru simțul umorului era domnul T.N. În preajma aniversării a nouăzeci şi trei de ani, s-a aşezat nemişcat într-un scaun cu rotile şi a închis ochii ca şi cum gîndea profund sau trăgea un pui de somn. Avea congestie pulmonară şi lichid la baza plămînului drept şi i-am spus că are nevoie de diureticul Lasix ca să-i elimine excesul de lichid din plămîni. Replica instantanee a fost: „Prefer fiss-ticul“ * - silabisind şi pronunțînd şuierat prima silabă.

La nouăzeci şi doi de ani, domnul N. încă mergea la lucru şi descoperea umorul în comedia umană zilnică. Renunțase să mai şofeze doar de cîteva luni, cînd ciocnise vreo patru maşini încercînd să parcheze maşina soției. Se plîngea că atunci cînd lua diuretice îşi pierdea controlul şi picura atît de mult, încît îşi uda lenjeria şi pantalonii, formînd o băltoacă la picioare. I-am sugerat în glumă să poarte pampers, la care el a răspuns : „Doar respirația mea umblă în pantaloni scurți“.**

La o altă vizită s-a plîns că nu are stabilitate şi se teme să meargă şi cîțiva paşi fără cadru. „Marea mea problemă e echilibrul.“ Apoi a rîs, pierzîndu-şi şi mai mult suflarea. „I-am spus şi soției mele, echilibrul meu nu mai e cum a fost. Ea a rămas surprinsă : «Tom, cum se poate aşa ceva? Abia ai depus bani în cont.»“***

Într-o zi a venit neras, explicîndu-mi că întîlnirea cu mine l-a făcut să uite de vizita la bărbier, unde se ducea de două ori pe săptămînă, miercurea şi sîmbăta. Cînd i-am prescris Lasix, i-am sugerat să-l ia marțea, joia şi sîmbăta.

---

*Joc de cuvinte : „fistic“ = în engleză „pistachio“, iar „piss“ înseamnă a urina

**Joc de cuvinte : „pants" = pantaloni, iar „pant" = a respira scurt, a gîfîi. (n.t.)

*** Joc de cuvinte: „balance" = echilibru, dar şi bilanț, sold. (n.t.)

Scanned with OKEN Scanner

Soția lui a obiectat:

– E mai uşor de ținut minte „lunea, miercurea şi sîmbăta." Apoi a adăugat că Tom refuza frecvent să ia Lasix.

Eu am insistat să respecte schema dată de mine.

– Dar de ce ?

– Fiindcă aşa n-o să mai ude scaunul frizerului.

Tom a izbucnit într-un hohot de rîs:

– De-acum o să iau blestematul de Lasix.

Simțul umorului nu l-a trădat nici spre sfârşitul vieții sale. L-am întrebat dacă mai putea face uşoare exerciții. A răspuns afirmativ. Cînd l-am întrebat ce exerciții, a răspuns:

– Rotirea ochilor…

– Auzul cum e ?

– Rău afectat.

– Cît de rău?

– Nu pot auzi cînd cade o bancnotă de un dolar, dar n-am probleme cînd e una de zece.

Cînd l-am asigurat că vom potoli durerea chinuitoare pe care i-o dădea cancerul osos, s-a aşezat mai drept în scaun, a deschis complet ochii şi a început să pună întrebări şi să glumească: „Doctore, am o întrebare importantă". Avea un surîs viclean în ochi. „Acum, că sunt stabil, pot să-mi fac din nou de cap?"

De obicei încerc să fiu imparțial, dar le țin partea vîrstnicilor care nu se plîng tot timpul şi care mor trăind în loc să trăiască murind. Cînd ne-am întîlnit prima oară, domnul X. se apropia de optzeci de ani. Era scund şi solid, iar părul lui bogat şi cîrlionțat, deşi alb, îi dădea o înfățişare băiețească, accentuată şi de ochii de un albastru-verzui, care emanau amabilitate şi farmec. Vorbirea sa era specifică zonei Boston, era extraordinar de citit şi se dovedea un fin observator al slăbiciunilor umane. Vindea mobilă mai mult pentru a întîlni oameni decît pentru a trăi din asta. Rîdea zgomotos cînd spunea o glumă – şi avea cîte una pentru fiecare ocazie.

Scanned with OKEN Scanner

– V-am spus-o pe asta ? Un bătrîn vine la un ORL-ist plîngîndu-se că-l doare o ureche. Doctorul spune: „Nu-i de mirare, fiindcă aveţi un supozitor în ea“. „Mulţumesc lui Dumnezeu“, croncăne pacientul, „acum ştiu unde îmi e aparatul auditiv“...

Cîţiva ani mai tîrziu, domnul X., acum trecut de optzeci de ani, a fost adus cu o ambulanţă la spital. Avea şoldul fracturat şi murmura tot timpul: „Acesta e sfîrşitul, acesta e sfîrşitul“.

– Sfîrşitul cui ? am întrebat eu.

– Al vieţii mele sexuale.

– Ce vreţi să spuneţi ?

– Hotărît lucru. Asta e, s-a terminat.

– Dar ce s-a întîmplat ?

– Tocmai făceam sex, iar eu am căzut din pat. Asta e. Omul trebuie să recunoască sfîrşitul unei afaceri.

Bătrînii trebuie să înveţe cum să navigheze ca să evite limitele impuse de vîrstă şi de societate. Betty S. avea vederea slabă, dar îi plăcea să conducă BMW-ul în jurul blocului; asta o făcea să se simtă stăpînă pe situaţie. Se apropia de nouăzeci de ani şi se temea să meargă la biroul de evidenţă ca să-şi reînnoiască permisul de conducere, ştiind că ar fi avut de făcut un examen la ochi pe care nu l-ar fi trecut. Abia putea vedea semaforul cel mare de la intersecţie.

Cu toate astea, s-a decis să rişte. Cînd a venit rîndul testului de vedere, a ascultat-o cu mare atenţie pe femeia care era înaintea ei la coadă şi a memorat şirul de litere pe care le citise examinatorului. Cînd a urmat la rînd, şi-a sprijinit bărbia de suport, a privit prin dispozitivul binocular şi a văzut doar ceva aburit. A aşteptat un moment, încercînd să se concentreze, dar fără folos. Atunci, a şoptit şirul de litere pe care îl auzise. Examinatorul a spus: „Mai tare, vă rog“, iar Betty a repetat literele, cu glas mai ridicat. Examinatorul a spus: „Vederea dumneavoastră e foarte bună la nouăzeci de ani“ , iar Betty şi-a luat noul permis de conducere. Se

Scanned with OKEN Scanner

scutura de rîs cînd mi-a povestit cum a învins un sistem care – susținea ea – era croit special împotriva bătrînilor. Nu a mai condus însă niciodată, realizînd ce primejdie reprezintă pentru ceilalți; totuși, actul ei de sfidare i-a permis să se agațe cu disperare de simțul ei de independență, aflat în regres.

Despre vindecare

Doamna K. mă asalta mereu cu o mulțime de plîngeri, încît adesea nici nu le mai notam. Sosea pictată ca o păpușă Kewpie, iar cînd îi examinam ochii, mă mînjeam pe degete cu rimel albastru-verzui. Mă îngrijorau tocurile ei cui din cauza cărora cădea adesea; de curînd suferise o triplă fractură la un braț. Chipul ei era încă seducător și invita la priviri apreciative din partea bărbaților.

Timp de mai mulți ani suferise de aritmii care nefiind controlate de medicamente îi afectau nivelul de viață. Prin natura ei era o femeie veselă, într-un fel ușuratică, dar în anii din urmă era descurajată, de multe ori aflîndu-se pe marginea depresiei. Nu puteam să-mi imaginez de ce era mereu posomorîtă. Din punct de vedere fizic, situația ei era stabilă și ea afirma că vizita la Lown Cardiovascular Group îi dădea curaj.

În timpul uneia din vizite, totul părea că o supără pe doamna K., chiar mai intens decît de obicei. Încă o dată, am asigurat-o că e bine. „E foarte ciudat", a zis ea. „Dumneata nu găsești nimic rău la mine, iar doctorul meu din Hartford nu găsește nimic bine." A continuat să-mi povestească cum o avertizase că, datorită osteoporozei, orice cădere ar putea duce la o fractură gravă. Pe deasupra, îi spusese că are o diverticulită severă, care mai curînd sau mai tîrziu va duce la o perforație sau la o obstrucție. Mai mult, a întrebat-o: „Cum puteți să vă simțiți bine cînd tiroida dumneavoastră

Scanned with OKEN Scanner

funcţionează rău, aveţi fierea bolnavă, iar pietrele la rinichi pot oricînd declanşa o criză, ca să nu mai vorbim de o artrită extinsă.

După aceea, de cîte ori subliniam ce sănătate bună are îmi răspundea: „Dumneata eşti singurul doctor care spune asta. Cînd merg la alţii, îmi spun că sunt bolnavă şi pe moarte. Poate că sunt aşa de bine fiindcă mă vindecă ei pînă să vin aici, la consultaţie".

Apoi, în timpul altei vizite, am avut surpriza să o găsesc vindecată de toate simptomele, în afară de constipaţia cronică.

– Cum s-a petrecut asta? m-am mirat eu.

– Anul acesta n-am mai fost la nici un alt doctor.

Pacientul vîrstnic aduce o abundenţă de date în istoricul său personal. Într-o vizită scurtă, pot aduna doar contururile esenţiale şi elementele de legătură, dar chiar şi acestea iau mai mult timp decît am, în general, la dispoziţie. Prima vizită e o vizită-cheie şi de aceea petrec o oră sau chiar mai mult cu pacientul pînă cînd pot pătrunde fiinţa umană din spatele simptomelor medicale. Chiar şi atunci, imaginaţia mea are de cernut fapte disparate pentru a alcătui o istorie coerentă. Este nevoie de multă intuiţie. Mintea caută raţiuni convingătoare care să motiveze comportamentul uman, fiindcă, de fapt, o aluniţă de pe o bărbie poate avea mai multă influenţă în viaţa cuiva decît o veche traumă din copilărie. Un doctor hotărît să vindece trebuie să îndrăznească să afle date în legătură cu un material pe care nici prietenii cei mai intimi ai pacientului nu-l cunosc. Înţelegerea simpatetică a lucrului care a mers greşit poate că nu şterge rănile trecutului, dar le poate face mult mai suportabile.

O pacientă de optzeci şi patru de ani era atît de palidă, încît părea îmbălsămată. M-am gîndit la un mixedem, o stare de apatie cu o expresie de detaşare, simptom al unei funcţionări inadecvate a glandei tiroide. Impresia de mixedem a fost rapid dezminţită de privirea cu care mă fixa. M-am

Scanned with OKEN Scanner

simțit ca o căprioară surprinsă de lumina farurilor unei mașini care venea asupra mea. Nu era chip să scap de privirea aceea cercetătoare.

– Ce vă aduce aici ? am întrebat.

– Angina pectorală, o boală cerebro-vasculară, ulcer peptic, emfizem, insuficiență renală, gută... Să mai continui?

Era încă atractivă, inteligentă și mă întrebam de ce nu se măritase, în loc să aibă grijă de fratele ei, în vîrstă de nouăzeci de ani. Cînd am întrebat-o direct, a spus doar:

– S-ar putea să nu fie așa simplu.

În timpul examenului fizic am fost surprins de părul aspru de pe brațele ei și am întrebat-o dacă are obiceiul de a se rade. Am scos astfel la iveală o durere fără sens și totuși atît de chinuitoare, încît m-am căit de ceea ce am făcut.

– De cînd eram copil am avut acest păr lung și urît, un coșmar permanent. Nu puteam să port mîneci scurte, ca alte fetițe, nici costum de baie, nici să mă arăt în vreun fel. Era o sursă permanentă de rușine. Și vă mai întrebați de ce nu m-am măritat ?

Venise pentru o singură consultație, dar după ce i-am dat sfaturi cu privire la angină, m-a întrebat:

– Cînd puteți să mă mai vedeți ?

– Dar ce faceți cu doctorul X., care vă consultă de aproape treizeci de ani ?

– E timpul pentru o schimbare. De altfel, dumneavoastră mă înțelegeți mai bine.

În timpul vizitelor următoare am aflat că acel fapt deosebit care i-a deraiat viața nu fusese niciodată adus în discuție, cum nici hirsutismul nu fusese luat în seamă de medicii care o consultaseră.

Uneori, ascultînd problemele unui pacient mai în vîrstă, mă apucă disperarea fiindcă mi se par insolubile. Apoi le împart în porții mai mici, separ aspectele esențiale și discut cu mine însumi: „Nu poți rezolva asta, dar măcar poți ameliora unul sau altul dintre aspecte". De aici apare un număr de soluții.

Scanned with OKEN Scanner

Avea părul roşu, obrajii roşii ca mărul, trăsături plăcute şi ochi verzi spălăciţi, care lăcrimau mult. Era pieptănată cu o cărare la mijloc, ca bunicile din vremea reginei Victoria, iar capul, susţinut rigid, părea cimentat de corp. Cele mai uşoare mişcări îi provocau ameţeli intense ca rezultat al unui vechi accident de automobil. Venise iniţial la mine pentru că fusese diagnosticată greşit cu angină, iar medicaţia nepotrivită o deranja şi mai mult. Vederea îi era serios afectată de cataractă. Incapabilă să se mişte repede, trebuia să doarmă în poziţia şezînd ca să nu leşine sau să cadă dacă s-ar fi ridicat din pat. Văzuse numeroşi doctori, dar fără folos.

Din moment ce nu avea angină, am oprit medicaţia cardiacă. Toate simptomele au dispărut, inclusiv oboseala peste măsură, dar vertijul rămînea netratabil. Neştiind ce să mai fac, am întrebat-o :

– Ce v-ar plăcea cel mai mult să faceţi ?

– O, dragă doctore, aş vrea să mă întorc la pian, singura plăcere din viaţa mea.

Renunţase la pian fiindcă pur şi simplu cădea de pe scaun. Acum stătea aproape în întuneric din cauza cataractei, pe care se temuse să o opereze. Nu făcea nimic toată ziua, totuşi avea un zîmbet fericit şi rîdea cu plăcere. Fusese o cititoare avidă înainte de a suferi de cataractă, dar avea încă o bogată viaţă interioară. Fiica ei era talentată şi realizată profesional, iar ăsta era un izvor de mare şi justificată mîndrie pentru ea.

Cînd i-am recomandat să reia cîntatul la pian, a replicat:

– Dar nu pot. În momentul în care încep să cînt şi mişc capul, mă cuprinde o ameţeală atît de mare, încît cad de pe scaun.

– Dar dacă n-aţi mai cădea, aţi putea să cîntaţi ?

– Sigur că aş putea.

– Atunci problema e rezolvată.

Ea m-a privit surprinsă şi neîncrezătoare.

Scanned with OKEN Scanner

– De ce nu puneți la pian un scaun cu brațe, ca să nu mai cădeți ?

Șase luni mai tîrziu, la vizita următoare, eram nerăbdător să aflu dacă se întorsese la pian.

– Sigur că m-am întors.

– Și nu vă mai e teamă să cădeți ?

– Nu. Imediat mi-am luat scaunul cu brațe pe care mi l-ați sugerat și acum nu mai cad.

Acesta nu a fost chiar un caz de restaurare a luminii în regatul întunericului, ci doar aprinderea unei mici lumînări. Un doctor ar trebui să predice acceptarea îmbătrînirii fără acceptarea gîndirii îmbătrînite. Marele poet francez Paul Claudel a scris, la aniversarea vîrstei de optzeci de ani: „Optzeci de ani. Nu mai am ochii buni și nici urechi sau dinți, nici gust și nici miros. Dar omul se descurcă și fără ele cînd totul a fost zis și făcut".

Despre doctorul care îmbătrînește

Tema „medicului vîrstnic" mă umple de fiori, mai ales acum, cînd am depășit piatra de hotar a vîrstei de șaptezeci de ani. După cum spunea scriitorul ceh Milan Kundera, *„Există o parte din noi care trăiește în afara timpului. Poate că devenim conștienți de vîrsta noastră doar în momente excepționale, iar în majoritatea timpului suntem fără vîrstă"*.

Iar aceste semnale sînt, toate, valabile pentru mine. Trebuie să admit că există o notabilă încetinire în a-mi aminti unele fapte. E mai dificil să-mi accesez propria bază de date. Nu mai pot atît de prompt să-mi ordonez ideile, să fac conexiuni. Nume proprii, chiar ale unor prieteni apropiați, nu mai apar ușor la suprafață. Încep să mă simt nelalocul meu cînd mă confrunt cu informații științifice de bază sau cu raționamente științifice complexe și le citesc mai lent. Acum trebuie să citesc de mai multe ori texte pe care le-aș fi putut înțelege cîndva

Scanned with OKEN Scanner

dintr-o privire... Complimentele bine intenționate nu-mi mai par atît de convingătoare. Mai mult, le iau drept avertismente rău prevestitoare: „Doctore Lown, ați găsit elixirul tinereții? De ce nu mi-l împărtășiți și mie ?“ sau: „Ați rămas același de acum zece, cincisprezece, sau chiar douăzeci și cinci de ani“. Un bec roșu se aprinde și cînd vreun pacient îmi spune insistent: „Doctore Lown, sper că nu aveți de gînd să vă retrageți“. Și, desigur, din moment ce pensionarea este departe de gîndul meu, cînd cineva atinge acest subiect, mă gîndesc la el toată după-amiaza.

În alte momente, totuși, sunt convins că acum am atins apogeul capacităților mele medicale. În ciuda tuturor defectelor personale, priceperea mea de doctor s-a îmbunătățit și am devenit mai folositor pacienților mei. Judecata mea e mai luată în seamă, am o mai mare claritate în anticiparea rezultatelor, o sensibilitate mai ascuțită la problemele nerostite, o facultate empatică mai mare. E mai puțin probabil să imaginez un diagnostic medical ezoteric în spatele fiecărui stufăriș clinic și sunt mai puțin fascinat de cele mai noi capricii și vrăjitorii tehnice. Îngrijorarea mea cu privire la malpraxis, întotdeauna scăzută, a devenit aproape nulă. Pe măsură ce îmbătrînesc, sunt mai puțin grăbit să judec. Și cu cît mă grăbesc mai puțin, cu atît bătrînețea pacienților mei se prelungește.

Sînt convins că pe măsură ce înaintăm în vîrstă putem scădea în cunoaștere, dar cîștigăm înțelepciune. Cum e posibil asta ? Nu e cunoașterea atunci baza înțelepciunii? Și da, și nu. Cel mai bine pot ilustra acest lucru prin cîteva exemple.

U.Q. m-a sunat la ora zece seara. Cu cîteva ore înainte, soția lui, Olivia, avusese o chinuitoare durere în piept. El părea panicat și atunci am cerut să vorbesc cu ea. Mi-a spus că, în timp ce vorbea, a simțit o durere ascuțită sub sînul stîng și nu a mai putut respira adînc. Nu părea îngrijorată, ci mai curînd blazată. I-am diagnosticat o pleurezie, am sfătuit-o să doarmă bine în noaptea aceea și am asigurat-o că a doua

Scanned with OKEN Scanner

zi se va simți mai bine. În ziua următoare, scăpase de durere și s-a mirat de siguranța mea.

Olivia era o bătrînică de șaizeci de ani, scundă, obeză și hipertensivă, cu un substanțial istoric de boli cardiace în familie, iar cei mai mulți doctori, suspectînd fie un atac de inimă, fie o embolie pulmonară, ar fi urmat traiectoria obișnuită, adică ar fi îndrumat-o la o secție de urgență pentru o electrocardiogramă, o radiografie pulmonară și o analiză a sîngelui. Ar fi așteptat o bună parte din noapte în zgomotosul pavilion de urgență, apoi ar fi fost internată la terapie intensivă cu diagnosticul; Suspiciune de infarct miocardic sau de embolie pulmonară". Spitalizarea ar fi costat mai mult de cinci mii de dolari și i-ar fi fost necesară mai bine de o săptămînă ca să-și revină după chinul îndurat.

Încrederea mea nu era o expresie a unei crude indiferențe, nici a unei aroganțe insuportabile. Pur și simplu durerea se afla într-un loc necaracteristic pentru un atac de inimă, caz în care Olivia ar fi avut și picioarele umflate, și dureri de membre sau respirație superficială. Cînd i-am luat pulsul, avea doar 72. Toate semnele se pronunțau hotărît împotriva emboliei. Cînd am vorbit cu Olivia, i-am spus o glumă, iar ea a rîs. Asta m-a convins că nu aveam de-a face cu ceva serios, care să merite drumul pînă la spital. Deci certitudinea mea era rezultatul experienței pe care o permite doar vîrsta.

A ajunge la o concluzie cu valoare de diagnostic este un proces de discernere cu ajutorul unei vaste experiențe. Creierul construiește un algoritm și caută cazuri asemănătoare, iar configurația care urmează depinde din ce în ce mai mult de asta. De ce acest proces complex nu se atenuează cu vîrsta, cînd atîtea alte lucruri se pot tulbura?

Pe măsură ce trece timpul, împărtășesc pacienților incertitudinile mele. Contrar așteptărilor, aceasta face să crească încrederea și siguranța. Aroganța afișată de doctori este o acoperire transparentă pentru o enormă nesiguranță.

Scanned with OKEN Scanner

A fi umil nu este un apanaj al tinerilor, ci dăruit bătrînilor. În cele din urmă, organismul uman este un sistem frumos organizat de...haos. Variabilele sunt infinite. În confruntarea cu ele este nevoie de ani de experienţă pentru a separa grîul de neghină. Unui doctor îi este necesară aproape o viaţă pentru a înlătura din sistemul său de gîndire tendinţa – inoculată în timpul studiilor – de a se concentra asupra ciudăţeniilor medicale; să se „gîndească la zebre" cînd aude zgomot de copite; să înceteze să meargă în căutarea ego-ului; şi să înceteze să se teamă că nu face bine ceea ce face.

Cu vîrsta, învăţăm să sortăm şi să înţelegem că ce e comun este ceea ce întîlnim în mod obişnuit. Majoritatea afecţiunilor umane sunt autolimitate; ele sunt agravate de pacienţii care îşi imaginează ce e mai rău şi sunt ameliorate în mare parte sau chiar vindecate de asigurările insistente şi fără echivoc date de medici. Maturizîndu-ne, auzim diferit. Auzim mai mult din textul nerostit. Faptele şi datele alunecă atît de repede pe lîngă noi, încît încep să mă întreb: „De ce să investesc timp în dobîndirea acestor fleacuri?"

Aşadar, ce este la urma urmei înţelepciunea medicală? Este capacitatea de a înţelege o problemă clinică aşa cum se leagă ea – nu de un organ, ci de întreaga fiinţă umană. Intuiţia şi inspiraţia sunt necesare pentru a capta informaţia subliminală şi a o integra rapid şi inteligibil. Doctorul – ca vindecător – îşi caută, mai presus de toate, abilităţile profesionale. Această înţelepciune a integrării faptelor cu informaţiile subliminale - pentru a sintetiza o imagine clinică holistică – vine cu vîrsta. Creierele tinere sculptează o imagine singulară, bine definită şi rapid accesibilă a diagnosticului, a cărei concepţie este că toate neplăcerile pacientului sunt detectabile tehnologic.

Şi totuşi, reflectînd la ceea ce vechii greci înţeleseseră deja despre caracter, mă întreb dacă noi am avansat realmente în înţelegerea condiţiei umane. Am adăugat, desigur, multe detalii...

Scanned with OKEN Scanner

17

Moartea şi procesul morţii

În tinereţea mea credeam că moartea este ceva banal, chiar ireal. Doar viaţa pretinde seriozitate. Acum, cînd mă apropii de cealaltă frontieră a vieţii, vederile mele au parcurs aproape întreg cercul. Un vechi enunţ hasidic surprinde ceea ce am presupus a fi esenţa simplă a existenţei: „Există moarte de cealaltă parte, dar viaţa-i un joc aflat la mijloc". O jumătate de veac de medicină îmi sugerează că, mai curînd decît moartea, *nimicul* învăluie viaţa. Această posibilitate agită cel mai intim miez al minţii umane.

Marele salt evolutiv marcat de dobîndirea conştiinţei de sine aduce cu sine moartea ca o umbră inseparabilă a sinelui. Mai curînd decît să se confrunte cu propriul sfîrşit, sinele încearcă disimularea şi mistificarea. Ritualurile complexe ale diverselor culte şi religii sunt provocate de negarea sfîrşitului inexorabil al vieţii. Cacofonia asurzitoare a negării şi a respingerii nu poate linişti metronomul vieţii care ticăie şi care aduce inevitabil moartea mai aproape cu fiecare zi. Cu fiecare tic-tac, arcul ceasornicului slăbeşte tot mai mult. Sfîrşitul e imobil. Timpul încetează. Viaţa este aspirată într-o gaură neagră, într-un nimic îngheţat. Nu suntem capabili să conceptualizăm nimicul, infinitatea, eternitatea. Începuturile şi sfîrşiturile se află programate în creierul nostru. Extensia lor nesfîrşită depăşeşte înţelegerea. Teama pătrunzătoare nu este că viaţa e prea scurtă, ci aceea că moartea este mult prea lungă. Ne sufocă regretele pentru veşnicia absenţei noastre.

Scanned with OKEN Scanner

La începutul carierei mele, credeam că oamenii cu adevărat evlavioşi au obţinut pacea spirituală prin liniştirea viermelui îndoielii. Însă bogata experienţă acumulată de la rabinii ortodocşi care au fost şi încă mai sunt pacienţii mei m-a convins de contrariu. Şi ei se luptă cu şarpele păzitor al timpului, aflat permanent în peştera ascunsă a minţii lor. Aceşti rabini, încălzindu-se la flacăra pietăţii, glorifică sfîrşitul ca împlinire a destinului vieţii. Ei aşteaptă cu nerăbdare ziua finală pentru comuniunea fericită cu Dumnezeul cel Atotputernic, dar acţiunile lor înşală profunzimea convingerilor. Lumina certitudinii păleşte dacă ei caută sfaturi medicale, cum fac cei ce sunt mai puţin convinşi de lumea de Apoi şi se luptă să amîne aşteptata întoarcere acasă.

S-a scris mult despre boală şi moarte. Ca adolescent, am întîlnit două opere care m-au făcut să stau faţă în faţă cu esenţialitatea morţii : *Moartea lui Ivan Ilici* de Tolstoi şi *Muntele vrăjit* de Thomas Mann. Aceste cărţi au lăsat asupra mea o amprentă durabilă de tristeţe, o melancolie legată nu de golul morţii, ci de solitudinea actului de a muri. Ultimii paşi sunt parcurşi în absolută singurătate, asistaţi doar de dezgolitul, mereu mai micşoratul sine.

Oamenii, ca membri ai societăţii, tolerează cu greu o călătorie singuratică. Încercăm să ne convingem că viaţa este un dar veşnic. Moartea li se întîmplă celorlalţi. În ciuda creierului nostru logic, ne ascundem în negare. Totuşi, refuzul de a cădea la înţelegere cu moartea scade din intensitatea vieţii. După cum spunea Albert Camus, „Dacă există un păcat împotriva vieţii, acesta nu constă în a fi disperat de viaţă, cît în a spera la o altă viaţă şi a evita implacabila grandoare a acestei vieţi". Paradoxal, a fi preocupat de moarte sau a o nega, în ultimă instanţă, ne pregăteşte pentru inevitabilitatea ei. Şi ca să mă întorc din nou la Camus, reamintesc că el afirma că „Există o singură libertate, aceea de a cădea la înţelegere cu moartea. După aceea, totul e posibil".

Scanned with OKEN Scanner

În timp ce oamenii aşteaptă ca doctorii să abordeze cu înţelepciune tema morţii, ei nu sunt mai profunzi sau mai pătrunzători decît ceilalţi. Experienţele în legătură cu moartea nu îi împrumută doctorului mai multă înţelepciune decît antreprenorului de pompe funebre. În explorarea sensului vieţii sau misterului morţii, putem învăţa mai multe de la poeţi, de la filozofi sau de la teologi. Doctorii sunt mai experimentaţi în a observa actul de a muri. Într-adevăr, ei modelează Marea Trecere, fie ca manipulanţi ai monstruozităţilor tehnologice, fie ca dirijori ai unei treceri senine. Întreaga mea viaţă profesională a presupus îngrijirea pacienţilor cardiaci în stare critică. Mult prea des, aflîndu-mă umăr la umăr cu moartea, am pătruns în intimitatea multor îndoieli care îi apăsau pe cei foarte bolnavi şi pe cei vîrstnici. Acestea nu se refereau la „a fi mort", ci la chinul de a muri. sunt convins că profesia medicală are puterea inegalabilă de a micşora, la majoritatea oamenilor, chinul şi teama de a muri. Ea poate umaniza, poate oferi o demnitate de multe ori absentă în ultimul stadiu al vieţii.

Mulţi factori modelează actul de a muri. În esenţă, acest act poate fi prompt sau amînat. Moartea instantanee nu prezintă probleme pentru victimă. Aproape două treimi din pacienţii cu boli coronariene mor pe neaşteptate, mulţi dintre ei în somn. Pentru un sfert din cei care mor subit, aceasta este o indicaţie că suferiseră de o problemă cardiacă serioasă. Acest tip de trecere finală este dorit de mulţi. Nu sunt convins, totuşi, că e cea mai bună cale pentru cei implicaţi. Moartea este mult prea integrată vieţii pentru a fi atît de lipsită de consideraţie. Moartea subită nu îi pregăteşte pe cei rămaşi pentru totalitatea pierderii. Nu cadavrul fără simţire este actorul principal al dramei morţii, ci supravieţuitorii, cei care rămîn, răniţi de experienţa morţii, să continue drumul vieţii. După cum observa filozoful german Ludwig Feuerbach, „Moartea este «moarte» doar pentru cei vii". Într-adevăr,

Scanned with OKEN Scanner

moartea este preţul plătit pentru aproape toate bunurile pe care le preţuim în viaţă. Aşa cum spunea un pacient al meu bolnav de cancer la ficat, într-unul din momentele de detaşare: „Le datorăm zeilor o moarte pentru darul vieţii".

Moartea subită, care pare o trecere atît de uşoară, lasă terenul presărat cu mine emoţionale neexplodate, care nu pot fi şterse. Ele sunt descărcări de şrapnel – durabile sau episodice – întipărind durere sau provocînd remuşcări. Moartea brusca a unui soţ, părinte, frate sau prieten este o destinaţie asumată fără pregătirile ce preced îndeobşte o călătorie. Astfel de morţi lasă neîncheiată o viaţă, iar o stafie mult timp neexorcizată rămîne să-i bîntuie pe cei vii. Sunt convins că o moarte subită nu e un tîrg cinstit pentru nimeni.

Fiinţele umane sunt extraordinar de adaptabile psihologic, dar adaptarea este deformată cînd moartea este instantanee şi neaşteptată. Adaptarea are nevoie de balsamul timpului. Moartea subită înlătură spaţiul emoţional necesar înţelegerii pierderii. Nu s-au pus la punct problemele fiscale, testamentele şi legatarii. Dar şi mai important, relaţiile umane nu au fost puse măcar într-un simulacru de ordine . Omul nu are nevoie de iluzia deşartă că ultimele cîteva zile pot să repare miraculos stricăciunile şi rănile profunde acumulate într-o viaţă. Moartea nu are o astfel de putere magică. Cu toate acestea, orice convorbire, fie ea şi fragmentată sau neadecvată, poate vindeca. Simpla exprimare a regretului şi a afecţiunii este un început de iertare, o uşurare de povara vinei apăsătoare. Un ultim bun rămas este o emblemă a comuniunii, o reconectare cu sens durabil pentru cel rămas în viaţă.

Desigur, moartea subită este preferabilă unei morţi lente şi dureroase, o realitate pentru cei mai mulţi care mor în aşezăminte instituţionale. Cel puţin 80% din americani mor în izolare, departe de casa lor, de patul lor şi de cei dragi. Persoana aflată pe moarte se luptă mai presus de orice să se

Scanned with OKEN Scanner

agațe de o identitate umană, dar e o luptă ratată. Pînă şi cele mai bune spitale sunt ambiente care depersonalizează, infantilizează şi provoacă neputință. Pacientul este rupt de cadrul lui intim, familiar şi binevoitor. La dezintegrarea imaginii de sine se adaugă uzurparea de către un anonim a deciziilor ultime legate de viața lui. Esența vieții este apoi ştearsă cînd funcțiile de bază, ca respirația şi hrănirea, sunt predate unor dispozitive mecanizate. În astfel de circumstanțe, omul este decuplat de la viață.

Moartea cu paşi mici a cuiva care este încă foarte viu alimentează o mînie clocotitoare, dar fără grai. În spitalele moderne se perindă prea mulți specialişti; pacientul ştie rareori pe ce umeri se află responsabilitatea îngrijirii lui sau cine poate face o schimbare în situația lui. Chiar şi doctorii personali sunt adesea străini, nefamiliarizați cu ceea ce sîntem, cu felul în care trăim şi cu cel în care vrem să murim. Putem avea sentimentul împovărător că punerea unor întrebări dificile sau exprimarea unor proteste ne poate compromite tratamentul. Neştiind cui să ne adresăm, simțindu-ne neajutorați împotriva birocrației, ne umplem de mînie împotriva noastră înşine. Rezultatul este că orice disconfort asociat cu boala este amplificat, iar medicamentele „ucigaşe de dureri" amorțesc în loc să amelioreze. Acestea grăbesc procesul înspăimîntător al morții psihice şi spirituale. Pentru unii, aceste ultime zile pot fi descrise ca un moment de nepotolită furtună, o coborîre în infern.

A muri în America

Cultura americană nu a abordat moartea într-o manieră sensibilă, ci într-un amestec schizofrenic de negare şi de preocupare morbidă. O franțuzoaică mi-a spus odată: „Americanii sunt singurul popor care crede că moartea este o alegere". Aceasta rezidă parțial din glorificarea de tip

Scanned with OKEN Scanner

american a tinereţii. Dar în mintea mea, factorul principal este spitalizarea muribunzilor cu ideea transparentă că moartea este ceva indecent care trebuie evitat cu orice preţ. Acesta este preceptul la care şi medicii contribuie substanţial. Şcolile medicale şi activitatea în spitale îi pregătesc pe doctori ca zilieri în ştiinţă şi manageri în complexele biotehnologice. Li se împărtăşeşte prea puţin din arta medicală şi încă mai puţin din cum să lucreze cu un pacient muribund. De la început, un tînăr medic este condiţionat să privească moartea ca pe un semn de ratare, un sacrilegiu ultim în templul ştiinţei. Doctorul, antrenat ca un dezlegător de probleme, este făcut să creadă că aceasta este baza pentru marile provocări şi sursa celei mai profunde satisfacţii profesionale. Paradigma că toate problemele sunt solubile este condamnată să se prăbuşească în faţa legii imuabile a naturii: moartea. Ori de cîte ori întreb un tînăr medic ce măsuri deosebite se iau pentru un pacient muribund, răspunsul este o provocare: „Dar dacă acest nou antibiotic, sau nu ştiu ce altă noutate, poate produce recuperarea? Avem noi dreptul etic să refuzăm cuiva o şansă dintr-o sută de supravieţuire?“ Şi, desigur, pînă şi cel mai tînăr doctor are depozitată în memoria lecturilor sale o colecţie de bolnavi terminali sau muribunzi a căror moarte a fost amînată. Credinţa în miracole a fost puterea care a susţinut incontestabile convingeri religioase. Rezultatul este că medicii sunt tot mai slab pregătiţi pentru sarcinile lor cele mai provocatoare, calmarea mizeriei, durerii şi a stresului psihologic al morţii, atît pentru victime, cît şi pentru familiile lor.

Dar doctorul nu este un factor liber. Chiar cînd e conştient că poate fi impropriu să provoci durere pentru a amîna inevitabilul, doctorul e încătuşat de constrîngeri sociale şi culturale. O tradiţie consacrată îl însărcinează cu o misiune singulară, aceea de a trata boala şi deci de a prelungi viaţa. Pentru a-şi îndeplini această misiune trebuie folosite orice

Scanned with OKEN Scanner

resurse. În timp ce însărcinarea centrală e nobilă şi indiscutabilă în abstract, ea e ruptă de noile realităţi. Cea mai esenţială realitate e revoluţia biotehnologică, tocmai cea care face posibilă prelungirea la nesfîrşit a actului de a muri. Acest potenţial cvasidumnezeiesc este o sursă de eroare pentru doctor şi inspiră pacienţilor aşteptări nereale şi nerealizabile. Asaltul informaţional, reclamele despre nu ştiu ce tratamente miraculoase, creează iluzia că doctorii ar fi capabili să ofere comutarea sentinţei de moarte naturală. Norman Cousins abordează această problemă în *Inima vindecătoare*:

*„Medicul nu este doar cel care prescrie medicamente, el simbolizează tot ce poate fi transferat de la o fiinţă umană către alta, lipsită de nemurire. Poate că noi nu suntem capabili să trăim în veci, dar persistăm în credinţa că medicul posedă ştiinţa şi arta care ne procură amînări nesfîrşite. El pare să aibă cheia acelor ascunzători unde sunt depozitate secretele vieţii."**

Înainte de a folosi această nouă tehnologie care sfidează moartea este necesar să se răspundă la multe întrebări. Dacă moartea poate fi amînată, cît de lungă e amînarea ? Va fi acest extratimp doar o simplă extensie a suferinţei? Viaţa va mai fi plină de sens ? Cu ce preţ individual, social şi economic va fi cumpărat acest extratimp? În calculele zilnice ale luării deciziilor clinice, specialistul în medicină deleagă aceste întrebări specialistului în etică şi economistului. Doctorul acţionează pe baza unor date seci în luarea deciziilor medicale, rareori luînd în considerare ceea ce contează cu adevărat pentru pacient. Mai mult, în fiecare caz, medicul poate foarte rar să prezică rezultatul probabil al unei alegeri terapeutice. În timp ce prognoza statistică pentru cei care au

---

* Norman Cousins, *The Healing Heart: Antidotes to Pain and Helplessness*, New York: Norton, 1983.

Scanned with OKEN Scanner

aceeaşi boală este cunoscută, distribuţia rezultatelor este invariabil gaussiană, adică unii profită de intervenţie, alţii nu înregistrează schimbări, iar situaţia altora se înrăutăţeşte. Din observaţiile mele, doctorii sunt înclinaţi să pună accentul pe succes şi să ignore posibila agravare, care ar face un adevărat iad din zilele rămase ale unui pacient. Cu accentul pe o posibilă refacere, pacientul se agaţă de cea mai subţire statistică. La modul general, ceea ce se oferă nu este vindecarea, ci o remisie scurtă, uneori atît de scurtă încît nici nu mai contează. Din experienţa mea, oncologii, în general, nu sunt adepţii medicinei agresive, intervenţioniste cu orice preţ. Ei nu au refuzat niciodată să trateze pe vreunul dintre pacienţii mei. Au fost corecţi în definirea şanselor minime de a cîştiga o amînare, dar mai puţin sinceri în descrierea mizerabilelor consecinţe ale angajării într-o luptă inegală cu moartea. Moartea vine în orice caz, dar sosirea ei este încrustată într-un vaiet neauzit. Cînd moartea este rezultatul inevitabil al unei boli cronice incurabile, este adesea mai bine să nu încercăm să o împiedicăm prin măsuri eroice. E preferabil să abordăm apropierea ei cu bun simţ şi cu compasiune.

Biotehnologiile care menţin viaţa au avansat atît de miraculos, încît nu mai este uşor de recunoscut frontiera dintre prezenţă şi absenţă. Bîzîitul aparatelor de respirat, pulsul tăcut al pacemakerelor, pompajul aparatelor de asistenţă cardiacă şi încurcătura de fire aducînd substanţe nutritive şi evacuînd secreţii şi excreţii pot face invizibilă această linie de demarcaţie pînă cînd dispozitivele sunt reduse la tăcere. În unităţile de tratament intensiv văd trupuri intubate, deposedate de acele calităţi care definesc prezenţa vie. Acest artefact supravieţuitor este doar umbra unei vieţi care a şi dispărut.

A menţine viaţa împotriva voinţei sale este în acelaşi timp costisitor şi extraordinar de profitabil. Un procentaj substanţial din veniturile spitalelor derivă din prelungirea actului morţii. În mod ironic, moartea constituie partea cea

Scanned with OKEN Scanner

mai profitabilă a îngrijirii medicale, cheltuielile de încheiere a vieții fiind disproporționat de mari. Aproximativ o treime din cheltuielile anuale ale societății de asigurări pentru sănătate „Medicare" sunt pentru cei 6% din beneficiari care au murit în anul respectiv. Plățile pentru pacienții muribunzi cresc exponențial pe măsură ce se apropie moartea. Ultima lună de viață reclamă 40% din plățile medii pentru un pacient aflat în ultimul an de viață.* Sistemul de sănătate este structurat să-i tulbure pe bătrîni, nu din rea-voință, ci fiindcă este un program bazat pe rambursare mai curînd decît pe binele pacientului.

Pornografia morții derivă în mare măsură dintr-un amalgam de cinci factori: o tehnologie care face tot posibilul să prelungească viața aproape indefinit, o profesie medicală care a declarat război morții, un spital care a investit interes în extinderea unei lupte de obicei inutile, un pacient care își ignoră drepturile și e condiționat să sufere și un public care a fost lăsat să aștepte numai victorii de la profesia medicală.

Pentru cei care subscriu la teoria conspirației, aceasta apare drept cea mai mare conspirație din societatea americană, în favoarea morții lente. Linia bilanțului arată că societatea americană a prelungit și a îmbunătățit viața, dar în același timp, a înrăutățit moartea.

Urîțenia morții este în mare parte opera noastră. Prima mea întîlnire cu aceasta a fost un șoc oribil, care aproape m-a convins că nu aveam, cum se spune, „stomac pentru medicină". S-a întîmplat în prima mea săptămînă la John Hopkins Medical School, în timp ce făceam turul spitalului. Era o zi înăbușitoare de vară, înainte de introducerea aerului condiționat, și mă găseam în secția de patologie. Umblînd fără țintă, am zărit într-o cameră alăturată o pereche de picioare tinere, bine formate, cu unghiile vopsite cu lac roșu.

---

* J.D. – G.F. Lubitz, „Trends in Medicare Payment in the Last Year of Life", *New England Journal of Medicine*, 328 (1993), p.1092.

Scanned with OKEN Scanner

Din curiozitate, m-am apropiat, nepregătit să dau cu ochii de părul întunecat şi cîrlionţat al unui pubis. Jenat că am deranjat o tînără femeie dezbrăcată, am ridicat ochii mai sus, spre pîntecul ei, care avea o tăietură largă şi era umplut cu rumeguş. Braţele îi atîrnau de o parte şi de alta a mesei înguste cu rotile, ochii îi erau bulbucaţi şi încremeniţi într-o privire fixă. Limba, umflată, atîrna din gura pe jumătate deschisă. Înăbuşindu-mi un strigăt şi stăpînindu-mi greaţa, am alergat afară, dar mirosul urît de formaldehidă mi-a rămas în nări cîteva zile. De fiecare dată cînd reîntîlneam acest miros, oribila scenă de atunci mi se înfăţişa în faţa ochilor.

Nu era nici un mister în această moarte, ci numai o indescriptibilă oroare. Venisem la şcoala de medicină să învăţ despre viaţă şi cum să fac viaţa mai bună, nu să mă confrunt cu urîţenia sordidă a morţii. Cu trecerea timpului, am ajuns să apreciez că un corp mort are doar o legătură îndepărtată cu persoana vie. Corpul este doar un loc de sălăşuire pentru mintea umană, o miraculoasă întrupare pentru creierul viu. Cînd creierul îşi încetează funcţiunea, miracolul ia sfîrşit, lăsînd în urmă un corp neînsufleţit care nu provoacă nici frică, nici ameninţare.

Moartea are prea puţin sens. Eu nu simt, ca John Donne, că „orice moarte omenească mă diminuează, fiindcă fac parte din omenire. De aceea nu încerca să afli pentru cine bat clopotele ; pentru tine bat". Moartea unui străin este o cifră ireală în mersul vieţii. Ea ne conferă prea puţină emoţie, nu ne sufocă de durere, nu ne strică gustul cafelei de dimineaţă şi nu ne afectează programul zilnic. În procesul de formare ca doctor, oricine întîlneşte morţi anonime, asemănătoare celor din Ruanda sau din Bosnia. O expunere excesivă tinde să banalizeze moartea şi nu-l pregăteşte pe doctor să aibă de-a face cu actul complex al morţii.

Prima mea întîlnirea cu moartea care „contează" s-a petrecut la cîţiva ani după absolvirea facultăţii, pe cînd mă

Scanned with OKEN Scanner

aflam în practica spitalicească. Atunci plîngeam cînd murea un pacient şi mă simţeam mînios, frustrat şi neputincios. O întîlnisem pe doamna D. în timp ce lucram la spitalul Montefiore din Bronx ca rezident. Ea era bolnavă într-o stare critică, iar eu m-am luptat întreaga noapte, cu ajutorul ocazional al unei infirmiere, să-i mai reduc congestia galopantă. Doamna D. avea o stenoză mitrală care obstrucţiona intrarea sîngelui în ventriculul ei stîng. Aceasta făcea ca sîngele să se întoarcă şi să-i inunde plămînii cu fluid, împiedicînd schimbul de oxigen. Denumirea medicală a bolii ei era edem pulmonar, complicaţie letală dacă nu se intervine prompt. Excesul de lichid i se revărsa din gură sub forma unei spume portocalii. Aceasta s-a petrecut cu cîţiva ani înainte de popularizarea chirurgiei de valvă mitrală, care făcea posibilă corectarea acestei afecţiuni. În noapte aceea, am încercat fără folos oxigenul, garourile, medicamente pe bază de digitalină, aminofilină şi diuretice pe bază de mercur.

Mai văd şi azi ochii ei, de acel verde închis irlandez, revăd scena în care se uita la mine ca un spiriduş speriat. Avea cam treizeci şi cinci de ani şi trei copii mici. „Doctore, nu vreau să mor", mă implora ea gîfîind după o gură de aer. „Copiii mei au nevoie de mine". Apoi se liniştea, o linişte şi mai expresivă decît rugăminţile îngrijorate.

Pe atunci nu existau seturi de flebotomie, bazine de spălare, găleţi. Era una dintre acele nopţi cînd camera de gardă revărsa spre pavilionul nostru supraîncărcat numeroşi pacienţi în stare critică. Într-un efort disperat, i-am aplicat garourile pe braţe, i-am tăiat venele cotului şi am lăsat-o să sîngereze în pat. Drenarea sîngelui i-a uşurat sufocarea din plămîni, iar cînd patul s-a umplut de sînge, respiraţia i s-a mai uşurat. Ea a răspuns la morfină, chipul ei drăguţ s-a liniştit, iar cutele din jurul gurii s-au relaxat treptat. Am schimbat aşternutul, am ridicat-o într-o poziţie aproape şezînd şi am înlocuit faţa de pernă îmbibată de sudoare,

Scanned with OKEN Scanner

oferindu-i un minim de confort. Cînd se crăpa de ziuă, a adormit în „cortul de oxigen“ cu un somn împăcat, ca de înger.

Cu privirea tulbure, mă apucasem să consemnez evenimentele nopții și să scriu recomandări, cînd am fost întrerupt de un preot irlandez, solid și pleșuv, care a intrat gîfîind. Auzise că o membră a congregației lui, doamna D., se afla în stare critică și voia să o vadă imediat. I-am spus că abia ațipise după un chin de douăzeci și patru de ore și i-am descris condiția ei precară. „Un motiv în plus ca s-o văd“, a răspuns el. Frustrat și, fără îndoială, iritat, eram gata să-i cad în genunchi, să merg la biserică, să contribui la un act de caritate catolic, la alegerea lui. El se aprindea tot mai mult. A spus chiar că n-ar trebui să mi se permită să practic meseria pe pacienți catolici, deoarece nu le înțeleg cultura și psihologia. Catolicii se bucură și primesc sprijin spiritual cînd își văd pastorul. Apoi, arătînd spre buzunarul de la piept, m-a anunțat cu emfază: „Am la mine pașaportul ei pentru rai!“

Astea fiind zise, a trecut pe lîngă mine, grăbindu-se spre patul ei, și eu l-am urmat îndeaproape. Ea dormea liniștită, iar respirația nu îi era accelerată. Prezența preotului a trezit-o brusc. A deschis ochii mari, temătoare, neînțelegînd. El a început să intoneze în latinește, legănînd crucifixul peste corpul ei. Ea a lăsat să-i scape un suspin dureros, iar un fluid sîngeriu i-a ieșit din gură, însoțit de un horcăit zgomotos. Peste douăzeci de minute era moartă.

Preotul m-a mustrat mînios că am încercat să mă opun sfintei lui misiuni, subliniind că într-un minut el reușise să ușureze călătoria finală spre lumea de dincolo a unuia dintre enoriașii săi. M-a raportat la administrația spitalului pentru a fi încercat să împiedic un preot în exercitarea funcției lui, iar administratorul acelui spital evreiesc m-a mustrat blînd pentru comportarea mea.

Scanned with OKEN Scanner

Reflectînd la această experiență, recunosc o oarecare aroganță din partea mea. Doamna D. era bolnavă în fază terminală și nimic din ceea ce aveam atunci la dispoziție nu i-ar fi prelungit viața, nici măcar cu cîteva săptămîni. Mult mai probabil era ca ea să sucombe în următoarele douăzeci și patru de ore. Știind că primise ultima slujbă și împărtășania, familia s-a simțit mai ușurată de enorma lor pierdere. Tragedia morții ei a fost oricum amplificată pentru mine cînd, un an după aceea, doctorul Dwight Harkin din Boston și doctorul Charles Bailey din Philadelphia au introdus valvulectomia mitrală, operație care deschide valva mitrală stenozată. Aceasta i-ar fi putut salva viața doamnei D.

În anii aceia din tinerețe, fiecare dintre experiențele mele de întîlnire cu moartea era aproape o catastrofă. Tocmai începusem să practic cardiologia și așteptam zadarnic să-mi bată pacienții la ușă. Fiindcă veneau destul de puțini, eram gata să văd un pacient oricînd și oriunde; ceea ce s-a și întîmplat, în biroul meu fără aer condiționat, într-o după-amiază înăbușitoare de vineri. Eram în 3 iulie și secretara mea era nefericită că trebuia să mai zăbovească acolo în ajunul weekendului, dar un pacient telefonase mai devreme că are o problemă urgentă.

La ora trei, am primit vizita unui bărbat înalt, distins, cu părul alb, în vîrstă de șaptezeci și cinci de ani. Era primul meu pacient de culoare, un medic acum pensionat, care mi-a spus cu mîndrie că era printre primii din rasa lui care absolvise Facultatea de medicină la Harvard. Istoria prezentată de el era un caz de recent instalată angină pectorală. Progresul rapid al simptomelor și faptul că acum disconfortul apărea cînd se odihnea și cînd se trezea din somn sugerau că el manifesta durerile care preced un atac de inimă. Neliniștea mea i-a transmis o îngrijorare crescîndă doctorului J., care m-a asigurat cu aceste cuvinte: „Sînt un om profund credincios, fără teamă de moarte".

Scanned with OKEN Scanner

L-am invitat în cabinet şi i-am spus să se dezbrace. Chiar înainte de a-l lăsa cîteva momente singur, ca să scriu cîteva note şi să aranjez internarea lui în spital, s-a întors spre mine şi, privindu-mă drept în ochi, a rostit solemn: „Doctore Lown, vreau să ştiţi că sunt gata să-mi întîlnesc Creatorul. O, Doamne, sunt gata să plec!"

Cîteva minute mai tîrziu, am auzit o bubuitură surdă. M-am repezit în cabinet şi l-am găsit pe doctorul J. gol puşcă, zăcînd întins pe podea, cu trupul zguduit de convulsii, ochii fixaţi în tavan şi horcăind. Fiindcă nu avea puls, m-am aşezat pe trupul lui ca să-i fac respiraţie gură-la-gură şi masaj cardiac extern. În acelaşi timp am strigat-o din toate puterile pe secretara mea. Ea s-a grăbit să vină, a privit scena şi a fugit din cabinet. I-am strigat să se întoarcă, spunîndu-i că omul este mort. Asigurată că nu era martora unui atac homosexual, a revenit şi a sunat la poliţie.

O electrocardiogramă a arătat linia dreaptă, izoelectrică, a opririi inimii. Doctorul J. se afla dincolo de resuscitare. Lipsit de experienţă cum eram, l-am declarat mort, iar cînd au sosit poliţiştii m-au bombănit că sunt aşa de prost. Un cadavru nu poate fi mutat din loc pînă cînd nu îl examinează anchetatorul. Enormitatea catastrofei începea să iasă la iveală. Era vineri, înainte de weekend şi, mai ales, înainte de 4 iulie, iar anchetatorul era puţin probabil să vină în următoarele patru zile. Între timp, cadavrul s-ar fi descompus rapid în biroul supraîncălzit.

Secretara mea a plecat, iar eu am rămas singur cu cadavrul unui necunoscut. Atunci mi-am amintit că făcusem odată o favoare unui medic legist din Boston. L-am localizat în seara aceea la New Hampshire, iar el a acceptat cadavrul cu recomandarea severă ca niciodată să nu mai declar pe cineva mort. „Pretindem că este în situaţie extremă şi-l trimitem de urgenţă la spital, lăsînd spitalul să-l declare decedat în ambulanţă.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste trei experienţe de la începutul carierei mele m-au făcut să simt că moartea era ceva care trebuie evitat cu orice preţ. Totuşi, traiectoria mea profesională m-a readus constant pe orbita morţii. Munca în unitatea de îngrijire coronariană, defibrilaţia DC şi cardioversia m-au expus la situaţii critice de boală şi de moarte şi am fost de faţă la moartea a sute de pacienţi.

La pacienţii care mor în urma unor suferinţe clinice, boala principală este aceea care modelează cursul morţii. Actul final este mai puţin dificil în cazul bolii de inimă, iar timpul precis al morţii este impredictibil dacă îl comparăm, de exemplu, cu inexorabila înaintare a cancerului. Deşi fiecare boală are rata ei proprie de progres şi un set definit de simptome, pot fi făcute anumite generalizări importante. Credinţa fundamentală este că felul în care murim este modelat de felul cum am trăit. Moartea este confruntată cu mai puţină angoasă dacă persoana – el sau ea – a trăit o viaţă plină. Precum nota James M.Barrie în *Peter Pan*, „Viaţa fiecărui om este un jurnal în care el vrea să scrie o istorie, dar scrie alta; ceasul lui cel mai umil soseşte în clipa în care compară volumul, aşa cum este, cu felul în care a promis să-l facă".*

Cel mai umil ceas vine adesea la sfîrşitul vieţii. Persoana care nu se teme de moarte este cea care se uită înapoi fără regrete majore, cea care şi-a păstrat respectul de sine, cea care a ales să-şi dezvolte calităţile înnăscute. Dar dacă aceste atribute nu pot goli moartea de neplăcerile care o însoţesc, o pot face suportabilă fără să ne înăbuşe demnitatea. În timp ce chiar şi o mică durere poate fi intolerabilă cînd e asociată cu vinovăţia şi e amplificată de anxietate. O durere chinuitoare poate fi răbdată dacă nu e încărcată cu emoţii negative.

Omul nu trebuie să trăiască murind. Nici nu trebuie ca actul morţii să fie saturat cu oroare, cu durere şi cu suferinţă,

*J.M.Barrie, *Peter Pan* New York: Charles Scribner's Sons, 1929.

Scanned with OKEN Scanner

cum e cazul multora. Într-adevăr, omul poate trăi bine pînă în momentul morţii. Nu există frontiere biologice fixe, demarcînd procesul vieţii de procesul morţii. În fapt, ca toate fenomenele biologice, moartea este un proces continuu, care începe cu naşterea şi continuă, în tempouri diferite, pînă la sfîrşit. Pentru mulţi pacienţi moartea este precedată de o boală cronică de durată. Mulţi mai trăiesc cîteva decenii după ce au fost afectaţi. Ar fi impropriu să mă refer la ei ca la oameni muribunzi. În cardiologie în special, prognosticul medicului referitor la supravieţuire are mai mare acurateţe cînd e vorba de generalizări statistice, decît cînd e vorba de individ. Am văzut frecvent oameni care au mai trăit cîteva decenii după ce li s-a prognosticat că mai au cîteva luni de viaţă. Dacă sunt silit să fac prognosticuri, încerc să exagerez latura optimistă, din moment ce adesea optimismul se împlineşte de la sine.

Am învăţat de-a lungul anilor de îngrijire a pacienţilor muribunzi că într-adevăr calitatea vieţii persoanei determină derularea trecerii finale. Cele mai importante sunt relaţiile cu ceilalţi, mai ales cu membrii familiei. A avea un depozit de amintiri dragi şi familia prezentă în ultimele ore, aceasta uşurează procesul şi tribulaţiile morţii. De asemenea munca, reuşita în orice ocupaţie este un pilon solid de sprijin la sfîrşitul vieţii. O viaţă dedicată doar grijii de sine însuşi goleşte persoana de capitalul emoţional care o poate ajuta să navigheze în apele călătoriei finale. Cei care au dat cel mai mult altora au călătoria cea mai uşoară. Căci, aşa cum zice Talmudul, „O persoană posedă doar ce a dat celorlalţi".

Natura morţii

Oamenii vor din ce în ce mai mult să aibă controlul asupra deciziilor lor de la sfîrşitul vieţii şi să moară cu demnitate.

Scanned with OKEN Scanner

Totuşi, doctorul Sherwin B. Nuland, în *Cum să murim?*, * susţine că moartea nu poate fi demnă, fiindcă adevărata natură a morţii o constituie dezintegrarea fizică şi psihică, iar aceasta alungă demnitatea. Potrivit lui Nuland, moartea este lipsită de demnitate pentru că e un eveniment urît, infect, care n-ar trebui înfrumuseţat. Pentru medicină, provocarea constă în îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanelor vîrstnice şi a celor cu boli terminale, „şi nu în prelungirea duratei ei". Fiindcă nu există demnitate în moarte, publicul, pentru a fi pregătit, ar trebui să fie mai bine informat. Textul lui Nuland lasă puţin loc pentru imaginaţie, atingînd cele mai multe din mizeriile care însoţesc traseul final al vieţii. Singura cale de a obţine o moarte rezonabilă, afirmă Nuland, trebuie să preceadă în timp actul morţii. „Demnitatea pe care o căutăm în moarte trebuie găsită în demnitatea cu care ne-am trăit viaţa."

Argumentul fundamental al lui Nuland este o poziţie filozofică larg umanistă şi biologic ancorată: moartea este intrinsecă vieţii, afirmă el, şi e necesar să purificăm specia noastră de aceste infirmităţi ale vîrstei, impuse de biologic. „E mai bine să ştim cum este moartea", scrie Nuland. „Am putea fi cu toţii mai bine pregătiţi să recunoaştem staţia la care să cerem o coborîre sau, poate, să începem să analizăm dacă vrem să încheiem complet călătoria."

Dar, din experienţa mea, cunoaşterea detaliilor morbide ale actului de a muri nu ne pregăteşte mai bine pentru a înfrunta moartea cu sînge rece, chiar dacă asta ar putea uşura aşteptările unui pacient şi l-ar face mai capabil să nu-l acuze pe doctor că nu realizează o minune. Mai mult, chiar dacă pacientul e mai „cunoscător" într-ale morţii, felul în care el sau ea va muri nu este la alegerea acestuia. E precum spune cîntăreaţa Joan Baez: „Nu poţi alege felul în care vei muri.

---

* Sherwin B. Nuland, *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, New York: Knopf, 1994.

Scanned with OKEN Scanner

Poţi doar să hotărăşti cum vei trăi". Medicina actuală a născocit un mod contemporan de a muri, în care doctorii fac din fiecare pacient un alt cîmp de luptă pentru necontenita lor bătălie cu moartea.

Cred că imaginea medicului a fost întinată de felul în care doctorii abordează actul morţii. Un vast aparat este pus în funcţiune în serviciul morţii, în loc să servească viaţa. Biotehnologia defineşte regulile drumului, determinînd ceea ce e necesar, iar doctorii urmează aceste reguli absurde mai curînd decît să se concentreze pe starea de bine a pacientului. Nebunia acestui sistem este ilustrată de moartea mamei mele.

Mama era în al nouăzeci şi şaselea an de viaţă. Deşi era vioaie intelectual şi avea un bogat depozit de amintiri, ea îşi exprima adesea descurajarea faţă de vizibila ei disoluţie fizică. Cum iubirea de lectură era una dintre bucuriile ei supreme, pierderea vederii era cel mai greu de suportat. Auzul era de asemenea afectat, dar era mult prea mîndră ca să poarte un aparat auditiv. Cînd am examinat-o, se părea că nici o încheietură nu fusese cruţată de dureri chinuitoare. O deranja scăderea substanţială în înălţime, zbîrciturile, dinţii falşi, subţierea părului şi numeroase alte infirmităţi. În ciuda zbîrciturilor, era frecvent complimentată pentru atitudinea tinerească, iar oamenii credeau că are peste şaptezeci de ani, în nici un caz peste nouăzeci.

Vorbind curgător vreo cinci limbi, era catolică în preocupări. Agnostică în perspectiva asupra religiei, preţuia totuşi tradiţia şi liturghia, rămînînd pînă la sfîrşit legată de cultura idiş. Fiindcă suportase, în fosta ei ţară, o viaţă de sărăcie şi privaţiuni, avea un caracter puternic şi fără iluzii în ceea ce priveşte binecuvîntările unei vieţi pline. Îi plăcea anturajul, se însufleţea cînd veneau vizitatori, în special nepoţii. Mama îl suna săptămînal pe al treisprezecelea nepot al ei, iar soţia mea, Louise, şi cu mine o vizitam zilnic sau chiar şi mai des. Totuşi, nu pierdea nici o ocazie să se plîngă că îşi vede atît de rar familia. Ea exercita autoritatea, ea era

Scanned with OKEN Scanner

butucul roții familiei, iar longevitatea ei se datora în mare parte afecțiunii intense și reciproce a unei familii care o răsfăța. Era de altfel hotărîtă să nu moară înainte de a termina de scris și de a-și publica autobiografia, ceea ce a și realizat.

Cum mișcările ei erau din ce în ce mai limitate, Louise și cu mine speram că se va muta la noi, însă ea era absolut hotărîtă să nu-și deranjeze copiii în nici un fel. Dar cînd era întrebată ce o deranjează mai mult, recunoștea că era singurătatea, la care contribuiau substanțial diminuarea văzului și a auzului. Ea era ultima supraviețuitoare dintr-un larg cerc de prieteni. Filozoful roman Lucius Seneca spunea: „Moartea este uneori o pedeapsă, deseori, un dar și pentru mulți e o favoare". Mama, în ultimul ei an, începuse să se gîndească la moarte ca la o favoare. Ea considera simpla supraviețuire ca un exercițiu fără sens. Dorea să moară și nu se temea de moarte, ci de trecerea în moarte.

Cu treizeci de ani în urmă avusese un semnificativ atac de inimă, din care se recuperase complet. În ultimii cinci ani ai vieții, suferise uneori de crize de angină, pe care le trata cu nitroglicerină. Dacă familia a fost un suport pentru mama, lunga ei viață a fost susținută în aceeași măsură de un grup sensibil și foarte competent de medici care îi acordau o nemăsurată atenție. Au fost mai ales medici geriatri, impecabil antrenați în știință și pe de-a-ntregul angajați în exercitarea profesiei lor. Ei o vizitau adesea pe mama ca și cum ar fi fost propria lor mamă. Nu au încercat niciodată să o interneze, nici chiar pentru atacul de inimă, știind că ea i-ar fi refuzat.

În ultimele două luni de viață începuse să decadă vizibil și era evident că nu va mai trăi mult. O problemă importantă era aritmia netratabilă. Pulsul ei nu scădea niciodată sub 120 de bătăi pe minut și nu răspundea la măsurile terapeutice. Deplin conștientă că sfîrșitul e aproape, se culca seara cu speranța că dimineața nu se va mai trezi. Dar la ocazii festive, ca cea de-a nouăzeci și șasea aniversare, glumea spunînd că

Scanned with OKEN Scanner

ne va face surpriza de a-şi sărbători şi centenarul. Vorbea din ce în ce mai mult despre faptul că îşi aşteaptă plecarea, deşi regreta că nu va mai şti ce se întîmplă în lume, mai ales cu cei din familie.

În ultimele cîteva săptămîni era clar că moartea e iminentă. Plămînii ei congestionaţi reacţionau imprevizibil la diureticele puternice şi orice respiraţie era un efort. Oxigenul îi lăsa cînd şi cînd răgazul de a respira, iar luciditatea îi rămăsese intactă; în schimb devenea tot mai nerăbdătoare ca aceste încercări să ia sfîrşit. În chiar ultima zi, mama s-a trezit brusc la ora trei dimineaţa şi a rugat-o pe infirmiera care stătea tot timpul cu ea să o ajute să facă un duş. Cînd a sosit soţia mea, cîteva ore mai tîrziu, era complet îmbrăcată, cu părul aranjat şi cu o umbră de machiaj care îi însufleţea figura încă frumoasă. Avea momente de pierdere a stării de conştienţă şi îi atrăsesem atenţia infirmierei ca nu cumva să cheme serviciile de urgenţă. Pe la amiază, Louise şi cu mine am ieşit să mîncăm. Am lipsit vreo patruzeci şi cinci de minute, iar la întoarcere am văzut o ambulanţă în faţa clădirii. Ne-am grăbit să ajungem la micul ei apartament, unde am găsit un vacarm de voci şi strigăte. Priveliştea care ni s-a înfăţişat era înspăimîntătoare. Mama zăcea pe podea, complet dezbrăcată, cu un tub pentru trahee în gură, cu bărbia acoperită de spumă albă, cu faţa stropită de o soluţie purpurie, cu braţele umflate de perfuzii care nu duceau nicăieri, iar pielea ei luase deja paloarea cadaverică. Un bărbat musculos şi voinic îi apăsa pieptul şi descărca un defibrilator asupra inimii ei moarte. Era un spectacol de o obscenitate oribilă, un coşmar kafkian. Strigam şi încercam să-i împing pe cei de lîngă ea, dar m-au scos afară, ignorînd protestele mele: „E mama mea. Nu vedeţi că e moartă? sunt doctor". Iar printre suspine ziceam: „Sînt fiul ei"...

Recîştigîndu-mi stăpînirea de sine, am întrebat cine era la comanda operaţiunii şi mi s-a dat numele unui doctor de

Scanned with OKEN Scanner

la unul dintre spitalele importante din Boston. Cînd l-am sunat şi mi-am declinat identitatea, doctorul a început să-şi ceară scuze şi a pus imediat capăt hidoasei parodii de resuscitare.

În dimineaţa aceea, o nouă infirmieră intrase de serviciu şi cînd a văzut că pacienta era pe cale să-şi dea duhul, s-a speriat şi a sunat la 911, în ciuda instrucţiunilor primite. Fără îndoială, fiecare membru al echipei de urgenţă, ca şi doctorul răspunzător de acţiune erau oameni onorabili şi plini de bune intenţii, care ar fi fost jigniţi să fie priviţi ca nişte trupe de şoc. Totuşi, planurile noastre, făcute cu grija de a-i asigura mamei mele un sfîrşit decent după o viaţă bine trăită, au fost scurtcircuitate de un sistem robotizat, care purta bătălii fără sens împotriva morţii. Mama era acum dincolo de durere, moartea ei a fost liniştită şi demnă. Dar scutită de suferinţe acum, ceea ce a urmat a fost o nemeritată ofensă. Amintirea morţii ei evocă durere şi lacrimi, dar e mai de plîns ceea ce i se întîmplă profesiei mele.

Deşi spectacolul trist din jurul morţii mamei mele ar putea fi interpretat ca un răspuns al serviciului de urgenţă către un necunoscut, incidente similare se petrec în spitale, unde această scuză nu-şi are locul. Concentraţi pe monitoare şi pe rezultatele de laborator, doctorii par adesea să uite de chinuitoarea realitate umană. Medicii din prima linie sunt tineri membri ai personalului din spital, insuficient de experimentaţi şi de căliţi pentru a distinge cînd lupta împotriva morţii trebuie dusă fără ezitare şi cînd este o încercare de o înjositoare inutilitate.

Îmi amintesc de o confruntare cu echipa spitalului care arată cîtă nevoie avem să ne schimbăm atitudinea faţă de moarte. Domnul I., un om de afaceri pensionar, în vîrstă de şaptezeci şi patru de ani, a sosit la spital cu un atac de inimă. Al şaselea atac! Cu un an înainte fusese complet imobilizat de o insuficienţă cardiacă congestivă şi trecuse prin

Scanned with OKEN Scanner

numeroase crize periculoase de tahicardie ventriculară. Plămînii lui erau plini de lichid, tensiunea arterială abia măsurabilă. Avea un mare anevrism ventricular, o umflătură imobilă a unei părți moarte a mușchiului inimii. În timp ce durerea și anxietatea lui erau prompt controlate cu morfină și cu oxigen, echipa a început să mobilizeze toate resursele tehnologice. Monitorul începuse să intoneze un ritm de staccato, în timp ce osciloscoapele lansau semnalele lor luminoase de neon. Aparatul de respirație artificială și cel de intubare erau pregătite, defibrilatorul pus în priză. Camera se umpluse cu echipament și cu asistență, lăsînd prea puțin loc pentru membrii familiei. Oricine ar fi putut simți mai curînd emoția provocării medicale decît respectul pentru participarea la un destin uman. O examinare atentă a indicat că pacientul era afectat ireversibil.

Doamna I. ne implorase să facem tot posibilul pentru a-l salva, iar fiul lui cel mai în vîrstă, un bărbat de vreo patruzeci de ani, încerca fără folos să o calmeze. L-am luat pe fiu de-o parte și i-am expus opțiunile, comunicîndu-i și părerea mea că am putea prelungi agonia tatălui său, dar nu și viața. Fiul a ascultat cu atenție, apoi a răspuns:

– Faceți ceea ce ați fi făcut pentru tatăl dumneavoastră în împrejurări similare.

– Dar ce facem cu mama dumneavoastră ? l-am întrebat.

– Va asculta de bunul-simț și va fi de acord cu ce e mai bine pentru tata.

Am dat instrucțiuni echipei că domnul I. va primi doar oxigen, morfină și orice altceva i-ar fi necesar ca să-l reconforteze, urmînd ca toate celelalte proceduri să fie oprite. Camera s-a golit în scurtă vreme. Domnea o tăcere stranie. Tensiunea, ca și emoția se risipiseră brusc. Soția și fiul rămăseseră de veghe în tăcere, în locul unde fuseseră instalați. Nimeni nu mai intra în cameră, nici un doctor, nici o infirmieră, astfel că pacientul se afla într-un fel de carantină. Am meditat cu tristețe la cît de singuratică este ultima

Scanned with OKEN Scanner

călătorie cînd cineva e spitalizat. M-am aşezat lîngă patul lui şi i-am ţinut mîna într-a mea. Era încă în posesia tuturor facultăţilor mintale. Am conversat despre lucruri obişnuite şi ne-am amintit de lunga noastră relaţie. Am simţit o umbră de remuşcare cînd el a comentat: „Există şi unele avantaje cînd murim. De exemplu, eu petrec o bucată de timp cu doctorul meu". Apoi a adormit şi în decurs de o oră a şi trecut, liniştit, în lumea de dincolo.

Imediat după aceea, am adunat întreg personalul medical şi am întrebat de ce n-a mai venit nimeni să aducă puţin confort unui muribund. „Dacă ne hotăram să-i pompăm aer sau am fi chemat echipa de resuscitare, ori dacă l-aţi considerat candidat la un bypass, eu aş fi fost primul care să ţopăi în jurul patului" – a zis unul. Zece oameni, tineri medici şi surori, stăteau spăşiţi, cu capul plecat. Eu continuam să vorbesc ca într-o biserică goală, spunînd că vieţii i se fură sensul atunci cînd fiinţele umane evită confruntarea cu certitudinea inexorabilă a morţii. Pentru noi, cei din profesia medicală, neacceptarea morţii ca ultimă destinaţie a vieţii este o ironizare a mult trîmbiţatei noastre angajări umanitare. Noi asaltăm fără încetare pacienţi cărora ar fi trebuit să li se permită să moară în pace – şi asta fiindcă vedem moartea ca pe o ratare profesională. Aşezăm tehnologiile între noi şi pacient, ca să ne scutească de durerea de a ne confrunta cu propria noastră moarte. Vorbeam fără ranchiună, aproape ca o pledoarie. După cîteva săptămîni am primit de la văduva domnului I. o scrisoare emoţionantă, plină de laude la adresa personalului şi a mea pentru a-i fi acordat soţului ei o moarte demnă, ca o încununare meritată a vieţii lui împlinite.

Medicina a fost programată să reziste procesului de „a ne da sufletul". E de imaginat că am putea fi reprogramaţi? Sunt convins că actul morţii poate fi umanizat şi suferinţa atenuată. Optimismul meu derivă dintr-un număr de morţi „bune" la care am asistat. Pacientul pe care mă pregătesc să-l descriu m-a învăţat multe despre ceea ce înseamnă a muri...

Scanned with OKEN Scanner

De moarte bună

Domnul Y., un distins scriitor, avea o claie de păr alb, o față rotundă, moale și copilăroasă, luminată de ochii cei mai albaștri din lume, cu un zîmbet plăcut și timid și un fel pătrunzător de a vorbi. L-am întîlnit prima oară cînd am fost transferat la Spitalul Peter Brent Brigham, unde el fusese diagnosticat cu o insuficiență cardiacă congestivă, intratabilă și terminală. A continuat să fie pacientul meu timp de un deceniu și a trăit o viață productivă fiind capabil să mai scrie cîteva cărți importante, deși se afla în stadiul terminal al cardiomiopatiei. Cînd a fost spitalizat pentru ultima oară, inima lui pompa sîngele atît de încet, încît ne puteam imagina că fiecare contracție pompa doar cîteva globule roșii, purtînd de-abia cîteva molecule de oxigen spre țesuturile sufocate. Respira rapid și superficial. Trupul lui ajunsese de la optzeci de kilograme la mai puțin de cincizeci. Țesuturile subcutanate și grăsimea se topiseră de mult, iar pielea lui zbîrcită era mumificată, ca un pergament îngălbenit înfășurat strîns pe un schelet. Cînd se hotăra să vorbească, rostea fiecare cuvînt în șoaptă și șovăitor. Mintea lui, totuși, își păstra claritatea de cristal. Îl transportasem către sfîrșitul lunii iulie la locuința lui din Cape Cod și nu mă așteptam să mai trăiască pînă la Ziua Muncii. Pe cînd îi dădeam instrucțiuni despre medicamente și despre dietă, s-a uitat în sus, la mine, și a întrebat dacă mă va mai vedea. „Sigur că o să mă mai vedeți. Încă mai fac vizite la domiciliu." El a zîmbit palid spre brancardierii care scoteau din cameră patul pe rotile.

În luna noiembrie am primit un telefon de la doamna Y. Îmi spunea că soțul ei întreabă dacă i-aș putea face vizita pe care i-am promis-o. În weekendul de Ziua Recunoștinței am luat un mic avion charter pînă la Cape Cod. Domnul Y. se afla în ultimul stadiu de insuficiență multisistemică. Respirația lui gîfîitoare era punctată de pauze care păreau

Scanned with OKEN Scanner

permanente, întrerupte la rîndul lor de horcăieli zgomotoase şi profunde sau de respiraţii rapide. O brumă albă ca zăpada, manifestare a uremiei, îi acoperea buzele, făcîndu-le să arate ca unse cu cremă de ras. O împletitură de vinişoare purpurii adăuga o pată de culoare la paloarea lui cadaverică.

Pentru a sărbători prezenţa mea, domnul Y. s-a aşezat la masa de prînz, de care nu s-a atins deloc. Soţia lui, Augustine, arăta mizerabil, ca o întrupare a epuizării după nopţi de veghe interminabile la patul lui, ca să-i îndeplinească orice dorinţă. Am luat-o deoparte şi i-am recomandat să-şi ia un weekend liber ca să se pună la punct cu somnul şi să-şi refacă resursele peste măsură de epuizate.

– Niciodată, niciodată ! a exclamat ea. Nici nu-mi trece prin cap!

– Credeţi că va muri cînd sunteţi plecată şi nu veţi fi aici, lîngă el?

Ea nu a răspuns, dar teama din ochii ei confirmau această posibilitate.

– Asta nu se va întîmpla, am asigurat-o eu cu mai multă convingere decît simţeam cu adevărat.

M-am dus în dormitor să vorbesc cu domnul Y., spunîndu-i că am nevoie de ajutorul lui ca s-o conving pe Augustine să-şi ia cîteva zile libere. Pentru prima oară de la sosirea mea, el radia. Am putut vedea din nou ochii lui zîmbitori de care îmi aminteam, cu albastrul lor curat, încă neatinşi de distrugerea avansată.

– Doctore, sunt foarte îngrijorat pentru Augustine, fiindcă face atît de multe pentru mine şi se neglijează total. Nu e corect. Aş fi foarte fericit dacă şi-ar lua cîteva zile libere.

Cînd Augustine a fost convinsă să-şi ia weekendul liber pentru a-şi vizita fiul la New York, domnul Y. arăta triumfător. Ea se convinsese în sfîrşit că soţul ei de şaizeci de ani nu avea să moară în absenţa ei. S-a întors cu forţele refăcute. După o săptămînă, la începutul lui decembrie, o ninsoare uşoară se aşeza pe pomii desfrunziţi. Doamna Y.

Scanned with OKEN Scanner

şi-a îmbrăcat soţul cu ceva călduros şi l-a dus pe verandă în căruciorul cu rotile. Privind în sus, la ea, cu profundă afecţiune, domnul Y. a spus: „Copacii sunt atît de frumoşi, asta îmi aminteşte de copilăria mea în New Hampshire". A înclinat brusc capul şi a murit. A fost o moarte demnă la sfîrşitul unei vieţi împlinite.

Norman Cousins scria: „Am aflat că tragedia vieţii nu este moartea, ci faptul că ceva moare înlăuntrul nostru în timp ce trăim". Nimic din spiritul domnului Y. nu a murit în timpul luptei cu prelungita lui insuficienţă cardiacă şi cu bolile ce i s-au adăugat. A petrecut zece ani la poarta morţii, dar nu s-a lăsat învins de disperare, nici nu a permis bolii să-i erodeze omenia.

Rolul meu ca doctor al domnului Y. a fost să atenuez simptomele, să îmbunătăţesc funcţia cardiacă în limitele permise de ştiinţă şi de tehnologie, să găsesc căi de a-i spori confortul şi să împărtăşesc optimism celor care îl îngrijeau. Poate cea mai mare provocare a fost să-i impulsionez creativitatea prodigioasă, cînd se părea că ar putea să nu mai trăiască pentru a-şi îndeplini sarcina. Cînd sfîrşitul a fost aproape, strategia medicală a fost să încetez să-i susţin existenţa fizică, devenită un simulacru de viaţă. Mă uit în urmă cu mîndria de a fi fost capabil să exercit şi ştiinţa, şi arta. Un doctor are puterea de a face posibilă o moarte demnă.

Fiecare dintre noi se luptă să nu devină o grămadă încremenită de carne dureroasă. Lupta are o raţiune şi, pentru un timp cît de îndelungat, năzuim să ţinem strîns acel grăunte de unicitate care ne înzestrează pe fiecare dintre noi cu însăşi imaginea divinităţii. O moarte bună ar trebui să fie dreptul nostru inalienabil. Mulţi oameni nu cer prea mult, – ci doar un sfîrşit scurt, cu o boală fără dureri insuportabile, prezenţa familiei şi a prietenilor, destul timp şi energie pentru a-şi pune la punct treburile şi, mai presus de toate, evitarea unei jenante pierderi a controlului. Pe scurt, să nu pierdem în

Scanned with OKEN Scanner

ultimele zile sensul demnității de sine, care a necesitat o viață pentru a fi cultivat. Am vrea să ni se păstreze o amintire plăcută, dorință modestă care ar putea fi la îndemîna tuturor. Dar în timp ce o moarte bună nu poate fi garantată tuturor, un sfîrşit lipsit de chinuri pare accesibil aproape fiecăruia. Profesia medicală deține cunoştințele pentru a asigura o trecere benignă.

Moartea demnă

Nu oricine poate avea o moarte bună, dar cei mai mulți pacienți năzuiesc la mai puțin. Ei doresc să primească o îngrijire paleativă şi să nu fie abandonați. Acum, cînd procesul morții poate fi prelungit la nesfîrşit, cel mai important este ca doctorii să ştie cum să îngrijească un pacient muribund. Pacienții doresc uşurarea fizică a simptomelor şi confirmarea că le sunt recunoscute şi respectate calitățile psihice şi spirituale. Îngrijorarea de a nu fi lăsat singur amplifică simptomele şi face dintr-o durere suportabilă un adevărat chin, deci un element esențial în îngrijirea muribunzilor este să-i asigurăm că doctorul lor este oricînd disponibil.

Lucrul acesta, ca şi alte aspecte importante ale vindecării mi-au fost lămurite de doctorul SA Levine. Cînd era şi el muribund, bolnav de cancer la stomac, mi-a cerut să fiu doctorul lui. Treceam să-l văd seara după lucru şi aceste vizite mi se păreau epuizante emoțional, fiindcă nu era doar profesorul meu, ci îmi era apropiat ca o rudă. După fiecare examinare, îi ofeream un prognostic optimist, care era partea cea mai dificilă a vizitei. Ştiam că SAL nu tolera minciunile piezişe şi respingătoare, dar întîmpina cu bucurie un mesaj optimist. Întrebîndu-mă dacă să renunțe la biroul lui privat, a părut mulțumit cînd i-am spus că nu e nici o grabă.

În cele din urmă, a devenit pentru el o corvoadă şi simpla mişcare în pat. Era redus la un ansamblu de oase şi la o

Scanned with OKEN Scanner

împletitură bizară de vene subțiri, alergînd de colo-colo prin pielea lui subțire, întinsă şi galbenă ca pergamentul. Puteam să mi-l imaginez deja închis într-un sicriu, dar ochii lui nu-şi pierdeau niciodată scînteia vitală.

Într-o seară am decis să nu-l mai tulbur cu şarada examinării fizice. Cînd să plec, mi-a şoptit:

– Bernie, ai un minut liber ? Mi-am amintit de o poveste care te-ar putea interesa: Sir Clifford Albutt se afla pe moarte şi era asistat de Sir William Osler. Cînd, într-o zi, doctorul Osler a vrut să iasă din cameră, Sir Clifford l-a strigat: „Sir William, ce să fac eu cu ulcerațiile mele de pe spate?“ Osler nu-şi amintea de nici un fel de dureri la apăsare. Consternat, s-a întors spre infirmieră şi i-a şoptit: „Ce are la spate?“ Ea a răspuns: „Nu are nimic.“ Sir William s-a întoars de la uşă, l-a examinat pe Sir Clifford şi l-a asigurat că pielea lui este sănătoasă“.

Desigur, am găsit imediat un pretext ca să-l examinez pe doctorul Levine mai atent decît o făcusem pînă atunci. Lecția a fost învățată. De atunci şi pînă la moartea lui l-am examinat cu grijă la fiecare vizită. Nimeni nu acceptă să fie abandonat.

Cîteva remedii

Reflectînd la o viață care se luptă cu moartea şi cu actul de a muri, sunt convins că teama de moarte este în mare măsură creată de om. Este un produs al culturii occidentale, care neagă cele datorate morții şi alocă nebuneşte resurse uriaşe ca să prelungească tulburătorul act al morții. Este un fenomen contemporan şi deci nu e imuabil în raport cu moartea. Dar e dificil să imaginăm o schimbare în structura spitalului sau în gîndirea medicului care să umanizeze moartea instituționalizată. Economia morții este prea mare, iar doctorii prea obsedați de a-şi arăta puterea asupra morții ca sistemul să ducă la ceea ce este socialmente necesar. Mai

Scanned with OKEN Scanner

mult, romantismul salvării unei vieți, chiar cînd este exercitat zadarnic, nu va fi uşor abandonat de medicii tineri, ultimii paznici ai pacientului spitalizat.

Orice ameliorare a acestei probleme se confruntă cu faptul că spitalul contemporan funcționează cel mai eficient cînd pacienții sunt infantilizați şi reduşi la neputință. Nu poate exista demnitate în moarte cînd pacientul e lipsit de controlul deciziilor vitale asupra felului cum va muri. Nu ne mai putem aştepta la o moarte demnă cînd însăşi vieții i-a fost răpită demnitatea. Schimbarea abordării noastre culturale ar solicita dezinstituționalizarea actului de a muri, o precondiție ca spitalele să nu mai servească drept loc pentru moarte. Enunțul golit de sens de „a acorda demnitate morții" nu poate fi realizat pînă cînd spitalele nu sunt decuplate de la actul morții.

Fiecare persoană va trebui să moară în felul ei unic, reflectînd viața pe care a trăit-o. De aceea actul morții va trebui să se întoarcă în casa fiecăruia, unde a fost împlinită istoria umană pînă în ultimele decenii. Pentru mulți, pentru ca familia să poată face față, azilul ar fi stația dintre spital şi casă.

Dezvoltarea crescîndă a azilurilor furnizează o rază de speranță. Se estimează că pînă în 1992, ultimul an pentru care sunt disponibile date, 246 000 de oameni au ales îngrijirea în aziluri.* În viziunea azilurilor, moartea nu este privită ca un eveniment care trebuie amînat cu orice preț. Persoana este încurajată fizic şi psihic, în timp ce familia este implicată şi ea în servirea muribundului pe care îl iubeşte. Prin faptul că moartea nu mai este ascunsă, procesul morții capătă o deschidere completă. Scopul mişcării pentru aziluri este de a asigura un minimum de demnitate pentru cei care urmează să moară.

Studiile despre moartea în aziluri contrazic opinia potrivit căreia moartea trebuie să fie un sfîrşit urît şi mizerabil al

* J. Foreman, în *Boston Globe*, 7 martie 1994.

Scanned with OKEN Scanner

vieţii. Doctorul Loring Conant, directorul medical al Azilurilor din Cambridge, a estimat că „mai mult de 60% din persoanele din aziluri au morţi bune, cu simptome tratate corespunzător, permiţînd pacienţilor şi celorlalţi – prieteni şi familie – să înţeleagă finalul care pînă atunci nu fusese complet identificat". Potrivit celor spuse de Conant, moartea bună are trei elemente : primul este tratarea paleativă a simptomelor şi uşurarea suferinţei, ceea ce va deveni mai posibil prin creşterea înţelegerii ştiinţifice a patogenezei durerii şi prin introducerea de noi analgezice, ca şi prin sisteme inventive de distribuire a medicamentelor. Al doilea element presupune ajutarea familiei pentru a se obişnui cu moartea celui drag. În sfîrşit, va trebui făcut un efort de a discuta lucrurile jenante, de a aduce la suprafaţă problemele tăinuite, poate pînă atunci neformulate. Chiar dacă aceste conversaţii rămîn incomplete, simplul început este terapeutic. Uşurarea de povara unor astfel de probleme nerezolvate permite adesea controlul asupra unei dureri netratate.

În ultimă analiză, o moarte bună este oglinda unei vieţi bine trăite. În iulie 1776, James Boswell l-a vizitat pe muribundul David Hume, filozof englez şi umanist de frunte pe-atunci. Acum, cînd Hume era aproape de capătul drumului (într-adevăr, el avea să moară cîteva săptămîni mai tîrziu), Boswell a fost curios să descopere dacă necredinciosul notoriu s-ar căi. Boswell l-a întrebat dacă gîndul anihilării îi produce îngrijorare. Nu mai mult decît gîndul că nu existam înaintea naşterii – a răspuns Hume. El aştepta fără teamă clipa dizolvării. Seninătatea sfîrşitului lui Hume l-a urmărit pe Boswell şi a lăsat o impresie profundă asupra Angliei acelor vremuri.*

Cu douăsprezece zile înainte de a muri, remarcabilul doctor Lewis Thomas, care a fost în acelaşi timp şi un strălucit eseist, a dat un interviu pentru *New York Times* corespundentului Roger Rosenblatt. Thomas spunea:

* Michael Ignatieff, *The Needs of Strangers*, New York: Viking, 1985.

Scanned with OKEN Scanner

„Cînd moartea era privită ca un eveniment metafizic, aceasta impunea un fel de respect. Astăzi, cînd procesul morții poate fi întîrziat, aceasta pare o evidență ratată. Un pacient muribund este un fel de monstru. El este socotit cea mai inacceptabilă dintre anormalități, o ofensă adusă naturii însăși... Într-un fel cu totul nou pentru cultura noastră, am început să ne ruşinăm de moarte şi să încercăm să fugim de ea. O considerăm, în felul nostru de a gîndi, o ratare... Nu există realmente o agonie a morții. Sunt foarte sigur că durerea nu mai există în momentul morții... Se întîmplă ceva cînd corpul este gata de plecare: sunt eliberați hormoni peptidici din hipotalamus şi din glanda pituitară. Endorfinele se ataşează de celulele responsabile de durere... Cred în mila naturii în momentul morții."

Cînd a fost întrebat cum se simte în apropierea morții, Thomas a răspuns:

– Mă simt slab. Ah, această slăbiciune...Încep să-mi pierd respectul pentru trupul meu.

– Există o artă de a muri? l-a întrebat Rosenblatt.

– Există o artă de a trăi, a răspuns Thomas.*

* Roger Rosenblatt, *New York Times*, noiembrie, 1993.

Scanned with OKEN Scanner

V

Răsplata doctorului

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

18

O poveste hasidică* modernă

După mai mult de patruzeci şi cinci de ani de activitate medicală, mă simt ca un student luptîndu-se cu un *curriculum* dificil pentru o universitate pretenţioasă. Profesorii nu sunt savanţi renumiţi, ci pacienţi. Îi întîlnesc zilnic. Mulţi dintre ei mă învaţă cum se manifestă sau progresează boala. Unii mă ajută să înţeleg urcuşurile şi coborîşurile norocului nestatornic sau intervenţia sorţii indiferente. Alţii mă informează despre tragediile inevitabile care afectează viaţa fiecăruia. Un mic grup de pacienţi – ca nişte comete care trec prin apropiere – mi-au modificat, prin cîmpul gravitaţional al personalităţilor lor puternice, traiectoria vieţii şi au făcut-o să treacă pe o nouă orbită.

Adesea, îmi amintesc de bolile care nasc imposibile provocări, cele din care rezultă intense interacţiuni umane şi prietenii durabile. Astfel de experienţe m-au împins pînă la cele mai îndepărtate limite şi m-au învăţat că nu din cărţi cunoaştem condiţia umană, ci din angajarea intimă alături de alte fiinţe umane. Nici o cunoaştere livrescă nu egalează ceea ce doctorul poate aduna de la pacienţii care i-au permis să privească adînc în ochii lor...

Recitind capitolele precedente ale acestei cărţi, mă simt frustrat de nepriceperea mea de a comunica adevărata complexitate a procesului de vindecare. De aceea vreau să scriu, cu mult mai multe detalii, despre un pacient care m-a

---

* Hasidic = pios (ebraică.).

şocat prezentîndu-mi anumite probleme care nu aveau legătură cu medicina, mi-a furnizat neobişnuite perspective psihologice şi m-a făcut să aprofundez arta vindecării. Cu mult timp în urmă am realizat că învăţăturile trainice spun istorii memorabile. Din ceaţa amintirilor îndepărtatei facultăţi de medicină mai persistă cîteva fapte, dar multe din poveştile instructive dăinuie cu luciri de diamant.

Mai am un motiv pentru a vă împărtăşi povestea domnului S.V. Ea m-a motivat în scrierea acestei cărţi. Reflectînd la relaţia mea cu S.V., am înţeles că aceasta reprezintă o caricatură a procesului de vindecare. Dar ca orice caricatură bună, ea comunică un adevăr mai profund. Aparenta exagerare şi perspectiva distorsionată aduc în prim-plan ceea ce e într-adevăr relevant. S.V. era, într-adevăr, un om umil, obişnuit, dar moartea lui mi-a făcut o impresie profundă şi m-a lăsat buimăcit şi îndelung îndurerat. A părut uimit cînd i-am spus că am de gînd să scriu într-o zi despre el.

– De ce despre mine? Credeţi că interesează? Ar trebui să mă simt onorat, fiindcă voi fi într-o companie distinsă. Dar nu sunt sigur că veţi spune tot adevărul din moment ce aveţi atît de puţină simpatie pentru starea mea de sănătate.

Totuşi, după această conversaţie m-a îndemnat deseori să scriu povestea. Totul a început în decembrie 1974, cînd, împreună cu soţia mea, Louise, am făcut o călătorie în Sicilia, cu o scurtă oprire la Londra, ca să vizităm teatrele şi muzeele. Îi promisesem Louisei o adevărată vacanţă, fără evenimente medicale, dar în timpul scurtei şederi la Londra am fost rugat să consult cel mai complicat şi mai neobişnuit caz medical la National Heart Hospital. Nu am putut refuza.

Pacientului, S.V., i se înlocuiseră valvele mitrală şi aortică, cu un an în urmă, de către un chirurg cardiolog renumit din Londra, dar de atunci suferise foarte rapide transformări ale inimii, care îl menţineau într-o insuficienţă cardiacă imposibil de tratat. Deşi angajase cel mai bun specialist, decanul cardiologiei britanice, toate tratamentele posibile fuseseră încercate fără succes.

Scanned with OKEN Scanner

La spital am văzut pacientul, un om obişnuit de vîrstă mijlocie, scund, solid şi aspru. Nişte ochi albaştri, mari şi pătrunzători priveau cu o teamă respectuoasă pe sub fruntea care mi se părea prea largă pentru trupul lui. Atitudinea lui era de o inocenţă copilărească, dar tonul vocii, cu accent britanic, era încărcat de un cinism matur. Părea sănătos, în ciuda corvezii de a fi petrecut un an prin spitale datorită unei operaţii chinuitoare, marcate de numeroase complicaţii şi chiar de cîteva mici atacuri de inimă. Era evident că avea o insuficienţă în ambele părţi ale inimii, cu venele jugulare umflate şi încordate şi zgomote la baza plămînilor. Explicaţia acestor dificultăţi nu a fost greu de găsit – inima lui se afla în tahicardie perpetuă, gonind de trei ori mai repede decît normal, cu 180-200 bătăi pe minut, fără odihnă, nici măcar în somn.

Am examinat fişa voluminoasă ca să găsesc vreun indiciu despre cauza acestei fibrilaţii la un ritm atît de înalt, dar fiecare posibilitate fusese analizată şi se puseseră cele mai bizare diagnostice. Disperat, am încercat stratagema unui consultant: „Dacă domnul V. ar fi la clinica mea de la spitalul Peter Bent Brigham din Boston, am putea rezolva problema". În acelaşi moment m-am simţit ruşinat că fac uz de o asemenea porcărie. Desigur, cardiologul englez care mă însoţea la vizită a văzut dincolo de afirmaţia mea, dar era prea gentleman ca să întrebe la ce anume mă gîndeam. Cea mai simplă întrebare ar fi dezvăluit că afirmaţia nu era decît o şarlatanie. S.V. nu a fost impresionat de remarca dătătoare de speranţe, dar n-a avut decît o rugăminte – aceea de a mă întîlni cu mentorul lui, un rabin londonez de frunte, F.G. Am consimţit cu oarecare reţinere, deşi speram că era prima şi ultima oară cînd îl vedeam pe S.V., a cărui problemă părea insolubilă.

A doua zi m-am întîlnit cu rabinul G., un bărbat distins, cu barbă, cam de şaptezeci de ani, înveşmîntat impecabil într-un caftan lung şi negru, care m-a întrebat politicos dacă

Scanned with OKEN Scanner

mă simt bine. Vorba lui era melodioasă şi fără pic de accent străin. L-am întrebat cum de era implicat în cazul lui S.V, sperînd să primesc o explicaţie scurtă. El însă a intrat cu vervă în subiect:

– Deoarece dumneavoastră sunteţi omul care îl veţi salva pe pupilul meu, articulă emfatic rabinul, voi începe cu începutul. Pe cînd avea doar doisprezece ani, el a prezis Holocaustul şi extincţia evreilor. Tînărul S. i-a rugat deci pe părinţi să părăsească Germania cît mai era încă vreme. Ei nu l-au luat în seamă, dar el a insistat fără încetare. Pe la jumătatea anului 1939, părinţii au început să se convingă. Noaptea de Cristal şi măsurile stricte luate de nazişti împotriva evreilor confirmau prevestirile băiatului. Familia a fost de acord să părăsească Germania după sărbători. Tînărul S. nici n-a vrut să audă, convins că va fi prea tîrziu. Pe întîi septembrie, luînd cu el doar o valijoară cu lucruri, băiatul slăbuţ a plecat de unul singur în Anglia, sosind la Londra în ziua în care s-a declarat războiul. Familia lui a dispărut fără urmă.

Fiind un fel de rudă îndepărtată a lui S.V., rabinul l-a luat în primire şi l-a plasat la un orfelinat din afara Londrei. În 1944, S.V. a contractat o endocardită bacteriană, grefată pe o valvă mitrală cu sechele de la reumatism acut.

Necunoscînd nici un leac pentru boala lui, doctorii nu se aşteptau ca el să trăiască, dar rabinul nu s-a împăcat cu verdictul. „Cum se poate asta? se întreba el. Dumnezeu nu e capricios în acţiunile Sale.“ O remarcă contrarie lui Einstein, care zicea că „Dumnezeu joacă zaruri cu Universul“.

– După toate astea, continuă rabinul, Dumnezeu a intervenit direct ca să-i scape viaţa băiatului. El îl dăruise cu puterea profetică pentru un anumit scop. Nu era voinţa lui Dumnezeu ca el să moară fără sens în această minunată ţară, care e Anglia.

Aşa că rabinul a tot insistat pe lîngă doctori cu aceeaşi întrebare: „Sînteţi siguri că nu există tratament pentru infecţia

Scanned with OKEN Scanner

lui?“ Un doctor i-a spus că ar exista un medicament nou şi miraculos, penicilina, care era eficient şi în endocardite, dar acesta se găsea foarte rar, fiind rezervat personalului militar. Şi rabinul a pornit în căutarea penicilinei. Cînd i s-a spus că vine îmbuteliată ca un praf, care se dizolvă apoi cu ser fiziologic, pentru a fi administrată intravenos, a avut o inspiraţie. A sugerat spitalului să trimită telegrame, pe cheltuiala lui, tuturor garnizoanelor britanice, solicitîndu-le sticlele goale de penicilină.

– Dar ce să facem cu sticlele goale? s-au mirat doctorii.

– Nu veţi avea de făcut, le-a răspuns rabinul, decît să clătiţi sticluţele cu cîţiva mililitri de ser fiziologic şi să o injectaţi pupilului meu.

S-a gîndit, desigur, că unele cristale vor fi rămas pe pereţii sticlelor, iar spălarea a cîteva mii de sticle va furniza destulă penicilină ca să salveze viaţa băiatului. Doctorii au făcut cum a zis rabinul, iar S.V. şi-a revenit în mod aproape miraculos.

În 1970, valvele inimii au început să se deterioreze, îndreptîndu-l tot mai mult spre invaliditate. Cardiologul i-a recomandat înlocuirea valvelor, dar S.V. tot amîna. Într-o zi, medicul l-a anunţat cu mare pompă că eminentul cardiolog *Sir* Donald Ross era gata să facă operaţia. S.V. nu s-a arătat impresionat şi a spus că va hotărî el însuşi cine îi va face operaţia. După aceea a trimis scrisori marilor chirurgi cardiaci cunoscuţi în toată lumea: lui Michael DeBakey şi lui Denton Cooley la Houston, lui Norman Shumway la Stanford, lui Christian Barnard la Capetown, lui John Kirklin la Birmingham, lui R. Barrat-Boyes la Auckland şi lui Gerald Austen la Boston.

Cardiologii din Londra au insinuat că nici unul dintre aceşti eminenţi doctori nu va răspunde misivelor lui ignorante şi arogante, dar S.V. a primit răspunsuri detaliate de la aproape toţi cei pe care îi contactase. Nu era totuşi satisfăcut şi, după

Scanned with OKEN Scanner

o matură reflectare, s-a hotărît totuşi să facă operaţia la Londra, alegînd un tînăr şi excepţional doctor egiptean. Un an mai tîrziu, S.V. mi-a arătat răspunsurile de la cei mai vestiţi chirurgi cardiaci ai lumii. Cel mai remarcabil era acela care nu numai că îi răspundea cu detalii substanţiale, dar încerca să-l atragă pe S.V. să devină pacientul lui.

După o vreme, cînd l-am întrebat pe S.V. despre modul de alegere a cardiologului, mi-a explicat că el refuza să aibă valve de plastic şi numai cîţiva chirurgi aveau experienţă cu valve din ţesut. Cel mai competent era Barrat-Boyes din Noua Zeelandă, dar era mult prea departe. Într-adevăr, S.V. avea premoniţii. Dacă ar fi primit valve de plastic, nu ar fi tolerat aritmia. Protezele de plastic nu l-ar fi protejat la bătăile ultrarapide pe care le avea el şi probabil că ar fi murit. Cît despre alegerea chirurgului, s-a gîndit că un chirurg egiptean din Londra ar fi avut o foarte mare grijă ca pacientul lui evreu să supravieţuiască, mai ales dacă a fost preferat distinsului *Sir* Donald Ross. Încă o dată, S.V. a judecat corect. Dar viaţa spitalului era furtunoasă, complicaţiile au apărut una după alta, iar chirurgul i-a salvat viaţa de mai multe ori. A mers pînă acolo încît a pus un hamac în camera lui S.V., în care a dormit el însuşi cîteva nopţi după operaţie.

– Dar pe mine de ce m-aţi chemat? l-am întrebat pe rabin.

– Talmudul furnizează o profundă explicaţie psihologică, zise el triumfător. Cînd Iosif s-a întîlnit cu Iacob, el a realizat imediat marea înţelepciune a tatălui său şi a plîns, deoarece n-avusese ocazia de a studia şi de a creşte spiritual pe lîngă acest înţelept. Dar Iacob, care deplînsese în fiecare zi din aceşti ani absenţa fiului, se putea bucura acum de întîlnirea mult aşteptată.

Încă mirat, l-am întrebat:

– Dar ce legătură are asta cu mine?

Scanned with OKEN Scanner

– Ca şi Iosif, te-ai întîlnit cu Iacob, răspunse rabinul.

– Atunci cine e S.V.? E un fel de Om Drept?*

– S-ar putea, s-ar putea, răspunse rabinul în şoaptă, dar noi nu am avea cum să ştim asta; n-am putea şti. Nici S.V. însuşi nu ar şti. Doar Dumnezeu ştie. Muritorii nu ar putea pătrunde aceste secrete, ascunse adînc în *Zohar,* care susţin Universul.

Au trecut mai multe luni şi eu mi l-am scos din minte pe S.V. M-am gîndit că o fi prea bolnav ca să întreprindă o călătorie transatlantică, dar îi subestimasem fermitatea. La 13 aprilie 1975, un cardiolog londonez a zburat împreună cu S.V. la Boston şi l-a predat unui rabin din New York care l-a internat la Peter Bent Brigham. Experienţa următoarelor săptămîni a fost destul de dureroasă, fiindcă nu aveam încă soluţia problemei lui. S.V. stătea în pat zi după zi, aşteptînd ca eu să înfăptuiesc miracolul.

Nu cunoştea pe nimeni în Boston şi nu-l vizita nimeni, iar ca vegetarian nu-i plăcea defel hrana de Post, lipsită de gust din spital. Am bănuit că regimul lui era legat de faptul că totul trebuia să fie *cuşer.* Singura lui preocupare era să studieze Talmudul. Cum S.V. purta o *yarmulka,* m-am gîndit că ar aprecia o consolare spirituală şi l-am informat pe un rabin ortodox de sosirea lui S.V. A doua zi, S.V. era furios că îi întrerupsesem intimitatea. „Ce nevoie am de aceşti religioşi fanatici?", m-a întrebat el supărat. A respins mai multe invitaţii de la Hasidim şi, deşi îl încurajasem să părăsească din cînd în cînd spitalul pentru cîteva ore, era de neclintit. Nu mai ştiam ce să fac pentru el.

În timpul îndelungatei şederi în spital a lui S.V., începusem să-mi formez o părere asupra straniului lui caracter.

---

* În engleză Lamedvovnik. Cabala, o învăţătură rabinică străveche, spune că Pămîntul este susţinut de treizeci şi şase de oameni drepţi, aleşi de Dumnezeu. În alfabetul ebraic,literele au echivalenţe numerice: „lamed" = 30 şi „vov" = 6. Zahar este cea mai importantă carte a Cabalei.

Scanned with OKEN Scanner

Conversaţia lui era uneori atît de fantastică, încît mă gîndeam că glumeşte, dar S.V. glumea foarte rar. Dimpotrivă, avea o seriozitate meditativă şi morbidă, deşi nu era depresiv. Rîdea uşor, dar stînjenit, ca şi cum ar fi fost un păcat. Era un ipohondriu înrăit şi se plîngea de multe, dar a răspunde la întrebările lui era o sarcină inutilă, ca şi cum ai tăia un cap al Hidrei şi alte două i-ar fi luat locul. Avea un zîmbet angelic şi totuşi, cînd zîmbea, vorbea despre tragedia condiţiei lui actuale. Cu o fascinaţie morbidă faţă de profesia medicală, îşi procura certificatul de naştere al fiecărui doctor care îl asista, cunoştea îndeaproape unele – uneori deconcertante – detalii din viaţa lor şi se lăuda deseori cu aceste fleacuri.

Din cauza persistenţei ritmului ventricular rapid în timpul fibrilaţiilor atriale, am început să bănuiesc că S.V. nu lua digitalina, menită să-i încetinească bătăile inimii. L-am întrebat cu precauţie, dar răspunsul lui a fost evaziv. A povestit că la National Heart Hospital din Londra nu avea încredere în doctori şi nu lua medicamentele prescrise. Cînd, în sfîrşit, s-a hotărît să ia unul, a făcut mai întîi un test de siguranţă. Veneau mulţi porumbei pe marginea ferestrei lui de la spitalul londonez. A pisat o pastilă, a amestecat-o cu firimituri de pîine şi le-a pus pe marginea ferestrei. După ce un porumbel a ciugulit din ele şi a căzut mort, S.V. nu a mai luat niciodată acel medicament. Aflînd metoda lui, m-am asigurat ca o infirmieră să fie mereu prezentă cînd îşi lua medicamentele.

Săptămînile treceau, iar eu eram disperat că nu găseam răspuns la problema lui S.V. Într-o seară, tîrziu, i-am telefonat unui faimos rabin din Boston, Joseph Soloveitchik. Nu-l cunoşteam, dar el a ascultat atent toată prezentarea faptelor clinice, apoi a comentat: „Doctore, aceasta este o problemă medicală, nu una teologică".

Mă gîndeam la S.V. dimineaţa, la prînz şi seara, ceea ce a început să-mi displacă profund. Luam în calcul orice posibilitate. Somnul mi-a devenit neliniştit. Dar într-o zi,

Scanned with OKEN Scanner

trezindu-mă brusc la trei dimineața, am găsit răspunsul. Abia așteptam zorii. Cînd am testat ipoteza, aceasta a dat roade. În mod obișnuit, puteam să scădem drastic ritmul inimii, pînă la șaptezeci de bătăi pe minut, printr-o combinație de medicamente administrate intravenos. Dar în cazul de față, ar merge administrarea orală? Într-adevăr, a mers. Inima lui S.V. a păstrat un ritm scăzut timp de douăzeci și patru de ore.

În dimineața următoare, am intrat în salon cu un sentiment de triumf, așteptînd laude și recunoștință. Nu mi-a mulțumit. În schimb, am întîlnit expresia tristă care mă întîmpina în fiecare zi:

– Trebuie să recunosc că nu mă simt prea bine.

– De ce? l-am întrebat sever.

– Din cauza mîncărimii rectale pe care ai ignorat-o cîteva luni, a fost răspunsul neașteptat.

Eram gata să-l ucid, dar mi-am stăpînit mînia și am ieșit din cameră. După cîteva ore m-am întors însoțit de cîțiva doctori și i-am spus lui S.V. că era unul dintre cei mai nerecunoscători oameni pe care am avut nenorocul să-i întîlnesc. Și am adăugat: „Nu se poate vindeca mîncărimea dacă pacientul se scarpină tot timpul. Mai mult, numeroșii ani de boală te-au învățat să te bucuri de avantajele secundare, iar acum te temi să te simți bine. Dar nu vei mai avea ocazia să exploatezi prea mulți binevoitori cu văicăreala asta. Nerecunoștința ta întrece orice închipuire". Și încheindu-mi cea mai meschină diatribă pe care i-o adresasem vreodată unui pacient, am ieșit din cameră fără să aștept vreo confirmare. Doctorii care mă însoțeau au rămas împietriți de izbucnirea mea. Ei știau că mă port frumos, chiar și cu cei mai dificili și provocatori pacienți. Unde erau tactul, echidistanța și spiritul meu caritabil? Aproape că puteam să-i aud întrebîndu-se.

A doua zi, S.V. era ca o pisicuță. Și-a cerut scuze și și-a amintit că a mai asistat la o reacție similară cu cîțiva ani în

Scanned with OKEN Scanner

urmă, din partea unui medic britanic. Acel medic i-a spus că nu se mai consideră implicat în îngrijirea lui pînă nu va primi o explicaţie în *scris* a motivelor pentru care voia să se însănătoşească.

În ciuda noii perspective asupra situaţiei sale şi a faptului că nu mai avea simptome, S.V. refuza să părăsească spitalul. Afirma că e pe moarte. În fine, am rugat cîţiva infirmieri de la cardiologie să-i împacheteze lucrurile şi să-l mute la un hotel din apropiere, Children's Inn. I-a urmat plouat şi protestînd tot drumul că nu aşa se tratează un pacient în stare critică.

Dar sejurul lui în Boston părea interminabil. Insista aproape zilnic să fie examinat şi o bună parte din personalul meu părea să fie în serviciul lui. Le aducea secretarelor ciocolată, flori şi parfumuri de zilele de naştere sau fără nici un motiv. Le ducea chiar şi la Ritz, unde le oferea cine somptuoase. Le-a copleşit şi cu cîteva cadouri costisitoare. Cunoştea toate planurile mele şi se mîndrea că are o perspectivă intimă asupra vieţii mele de familie. Devenise o pacoste.

Dacă îl întrebam cînd plănuia să se întoarcă la Londra, răspundea că asta depinde de mine, dacă sunt gata să-l însoţesc. I-am spus că nici prin gînd nu-mi trece să fac aşa ceva. Mi-a replicat cu un aer filozofic că era pregătit să aştepte la nesfîrşit, iar în curînd mi-a devenit clar că era foarte serios. Cînd a aflat că urma să conduc o delegaţie de cardiologi la Moscova, m-a sfătuit să iau bilete prin Londra. Deşi călătoria era deja aranjată prin Copenhaga, unde era punctul de întîlnire pentru delegaţiile sponsorizate de Institutele Naţionale de Sănătate, el continua să insiste că Londra era în drum spre Copenhaga, ca de altfel spre orice alt loc din lume.

În fine, am cedat insistenţelor lui, în mare parte din cauza gîndului intolerabil că altfel ar putea deveni un pacient permanent în clinica mea. Schimbarea planurilor de zbor a fost greu de explicat agenţiei care mă sponsoriza şi care

Scanned with OKEN Scanner

strîngea etichetele pentru bagaje. Atunci S.V. a lovit din nou! Odată ce decizia de a călători prin Londra era sigură, şi-a lansat ultima cerere sub formă de întrebare:

– Mă întreb ce pot face eu timp de douăzeci şi patru de ore în aeroportul Heathrow? Numai dacă nu cumva aveţi intenţia să mă faceţi să nesocotesc Sfînta Sîmbătă ...

– Ce vrei să spui? l-am întrebat, cu iritarea picurînd din fiecare silabă.

Mi-a răspuns că, din moment ce am rezervat un zbor ziua, vom ajunge acolo vineri seara, după apusul soarelui. Evreilor ortodocşi nu le este permis să călătorească sau să se angajeze într-o activitate timp de douăzeci şi patru de ore, începînd de vineri seara, iar el nu avea de gînd să profaneze sfîntul Sabbath. S-a plîns că nu va putea părăsi aeroportul, nu va putea cumpăra mîncare, nici nu ştia dacă se va putea duce la toaletă, fiindcă aveai nevoie de fise ca să deschizi acele uşi, aşa că el ar fi nevoit să stea liniştit şi să sufere de foame în tot acel interval. S.V. prefăcuse gestul meu nobil într-un josnic sacrilegiu. După ce consimţisem la cererea principală, aceea de a zbura la Londra, am cedat încă o dată şi am reprogramat biletele pentru cursa de noapte, care pleca din Boston cu o zi mai devreme.

În seara plecării noastre, S.V. a fost condus cu maşina la aeroportul Logan din Boston de acelaşi rabin care îl adusese la Spitalul Peter Bent Brigham cu cîteva luni în urmă. Rabinul era obosit şi cu răsuflarea tăiată. Se pare că S.V. ceruse să viziteze toate obiectivele din Boston pe care nu le văzuse pînă atunci. S-au dus la noul acvariu, unde S.V. a insistat să urce pe jos, nevrînd să ia ascensorul. Totuşi rabinul era recunoscător pentru privilegiul de a fi făcut turul oraşului cu un fost invalid.

La aeroport, soţia mea l-a luat deoparte pe S.V. şi i-a sugerat să mă lase să dorm, fiindcă „doctorul Lown a pierdut cîteva nopţi cu nişte pacienţi şi este istovit". S.V. i-a spus că, dimpotrivă, el plănuise să mă ţină treaz. „În acest fel, a sugerat

Scanned with OKEN Scanner

el într-o elaborată engleză regală, profesorul Lown va avea oportunitatea să se revanşeze pentru faptul de a mă fi abandonat, răspunzînd la anumite întrebări urgente legate de supravieţuirea mea, ignorate pînă în prezent." Apoi a scos un mare caiet de note cu arcuri şi cu foi jumulite, „încărcat de întrebări pentru profesor". Pe cînd ne îmbarcam, Louise m-a informat despre planurile lui S.V. pe timpul traversării Atlanticului.

Imediat ce ne-am aşezat în avion, mi-am scos cu un gest dramatic ceasul de la mînă şi l-am ţinut în dreptul ochilor lui S.V.

– Acesta e un ceas cu cronometru, i-am spus eu, rotunjind fiecare silabă. Îl pornesc în acest moment. Ai la dispoziţie exact o oră. Dacă în timpul acestei ore repeţi o singură problemă, interogatoriul tău se va termina brusc.

S.V. se apără frenetic:

– Nu-mi puteţi face asta. Aştept de săptămîni întregi această ocazie. Unul dintre motivele importante pentru care zburăm împreună este să aflu răspunsuri vitale pentru supravieţuirea mea. Ar trebui să-mi acordaţi două ore ca să-mi reorganizez întrebările.

Am fost de acord. El l-a potrivit pentru două ore şi cînd mi-a zis că e gata, am pornit cronometrul. Întrebările lui erau cele la care răspunsesem de multe ori mai înainte. Cînd ceasul s-a oprit, i-am întors spatele, gîndindu-mă să prind cîteva clipe de somn. Dar S.V., care nu voia să doarmă, dorea să-i ţin de urît. M-a bătut pe umăr şi m-a întrebat dacă sunt gata să apăr onoarea profesiei.

– Nu are nevoie de apărare, i-am răspuns.

– Ba da, are, a insistat el.

– Cum aşa?

– Niciodată un doctor nu m-a bătut la şah, a declarat el.

– Eu o să te bat! am izbucnit. Nu jucasem şah de decenii, iar jocul meu, care nu fusese niciodată prea bun, cam ruginise. A scos de undeva o cutie de şah şi am început partida. În

Scanned with OKEN Scanner

treisprezece mutări i-am dat mat. Pretinzînd că a fost la nimereală, a cerut revanşa. Am fost de acord şi i-am dat mat în unsprezece mutări. Cînd a insistat pentru un alt joc, i-am spus că voi savura victoria pentru tot restul vieţii mele şi n-o să-i mai dau satisfacţia altui joc.

Atunci mi-a răspuns:

– A meritat să pierd ca să scot la iveală faţeta brutală a personalităţii dumneavoastră. Sunteţi un tigru deghizat într-un medic grijuliu.

Nu mai aveam timp de somn, căci soarele se arăta la orizont, inundînd nava cu lumina strălucitoare a dimineţii. Pilotul a anunţat că vom ateriza la Heathrow peste o oră. S.V. era treaz şi atît de plin de energie de parcă abia se trezise dintr-un somn odihnitor. M-a anunţat că sunt invitat la un prînz aranjat pentru mine şi pentru cîţiva dintre doctorii lui din Londra, la Carlton Towers la 12:30. N-am putut să-i spun presupusului meu pacient invalid că eram prea obosit ca să-l însoţesc la prînz, aşa că am insistat doar pentru o amînare de o oră. Mărinimos, mi-a acordat o oră. Deţinea acum el comanda.

La unu şi jumătate, S.V. mă aştepta într-un Bentley închiriat, condus de un şofer, să mergem la restaurant. Masa era aranjată ca pentru un banchet, cu munţi de mîncare: caviar, morun, carne de pasăre, de viţel şi alte bunătăţi şi, desigur, vin – Château Mouton Rothschild şi vin de Burgundia. Am rămas dezamăgit că nici unul dintre doctorii lui S.V. din Londra nu a întrebat cum a avut loc remarcabila lui recuperare. Erau interesaţi însă, de cîteva noi progrese tehnologice apărute pe-atunci la Spitalul Brigham. După prînz, S.V. a propus o plimbare pentru digestie. El abia se atinsese de mîncare.

Am umblat un timp, care mi s-a părut că a durat ore întregi, şi mă simţeam ameţit. Cînd am ajuns în dreptul magazinului Harrod's, locul frecventat cu predilecţie de S.V. la Londra, funcţionarii şi vînzătoarele l-au întîmpinat cu căldură. Ştiau că se întorsese din State şi îl felicitau pentru înfăţişarea lui

Scanned with OKEN Scanner

robustă. El răspundea tuturor că aparențele sunt înșelătoare, declamînd, ca într-un refren din Gilbert și Sullivan, „Dar sunt un om foarte bolnav…" Umblînd prin marele magazin, mă prezenta tuturor celor pe care îi întîlneam: „Acesta este doctorul meu din America, profesorul Lown de la Harvard". După-amiază tîrziu am fost, în fine, eliberat. Fusesem împreună aproape douăzeci și patru de ore. Aveam nevoie de mai mult de o săptămînă ca să-mi revin…

Pe 10 august 1975, S.V. îmi scria:

Bostonul mi-a deschis ochii și, într-adevăr, m-am refăcut.. Faptul că am avut ocazia să vă observ îndeaproape în acțiune și să văd abordări mult mai științifice ale cardiologiei decît cele cu care eram obișnuit, mă face să vă privesc cu venerație și respect pentru incomensurabilele dumneavoastră realizări. Am avut șansa să observ mulți cardiologi în viața mea, dar n-am simțit niciodată atîta interes, omenie și căldură cum am primit din partea dumneavoatră și – datorită dumneavostră – de la întreaga echipă.

Gratitudinea mea este mai mare decît aș putea să exprim, S.V.

Prin iunie îi scrisese secretarei mele:

Călătoria cu doctorul Lown a fost o experiență frumoasă și interesantă.... Nici unul dintre noi n-a dormit... Bietul om a trecut printr-un interogatoriu de tip Gestapo și nu avea unde să se ascundă. L-am întrebat despre familie, rude, frați, unchi, soție, copii și am ajuns la considerații despre religie – sau despre lipsa ei, despre politică – unde are vederi foarte stricte etc... Apoi am făcut o mare greșeală, rugîndu-l să jucăm șah... A fost interesant să-l urmăresc pe acest om amabil și drăguț cum se transformă brusc. Joacă rapid, puternic, tăios, riscant și nemilos... Trebuie să admit că tipul m-a făcut praf. "

Scanned with OKEN Scanner

În următorii treisprezece ani, S.V. a mai făcut cîteva călătorii la Boston. Cerea numeroase ajustări ale tratamentului, dar poate că motivul principal al acestor vizite costisitoare era să primească un sfat asupra unor probleme personale. Reacţiona ca un adolescent ascultător cerînd sfatul părintesc. Mai presus de orice, avea nevoie de încredinţarea că va trăi. Deşi îi ofeream fără ezitare aceste încurajări, certitudinea mea s-a risipit în cîteva luni. Vorbeam frecvent la telefon, iar cînd încercam să-l împiedic să-mi facă o vizită, începea să vorbească despre dorinţa mea de a mă descotorosi de el fiindcă era foarte bolnav. O ţinea tot aşa, pînă cînd cedam şi acceptam să-l văd.

Evitam să-l anunţ de călătoriile mele la Londra, dar afla de fiecare dată. Cînd avea destul timp pînă la sosirea mea, organiza cîte o distracţie costisitoare. O dată m-a invitat la deschiderea stagiunii la Operă, un eveniment oficial şi splendid. Am avut o boxă în cercul regal, nu departe de Regina Mamă, care era însoţită de Prinţul Charles. Am aflat apoi că fusese o seară pentru strîngere de fonduri, unde cele mai ieftine bilete costau 100 £, ceea ce însemna pe atunci cam 180 $. S.V. rezervase o boxă de zece locuri. De unde avea bani era un secret bine păstrat.

De cîteva ori am încercat să nu le anunţ pe secretare despre călătoriile mele la Londra sau măcar să ţin secret hotelul la care aveam de gînd să stau. Dar nici asta nu folosea, fiindcă mă găsea întotdeauna. Îmi amintesc cum, într-o noapte, ajungînd la Londra, am schimbat hotelul în ultimul moment, gîndindu-mă că l-am păcălit pe S.V. La intrarea în cameră am avut o senzaţie de leşin cînd am zărit o vază cu trandafiri eleganţi şi cartea de vizită a lui S.V., cu litere în relief. Speriat, am petrecut o noapte fără somn, cu lumina aprinsă şi simţindu-mă ca şi cum el era în cameră şi mă privea.

La treisprezece ani după ce îl întîlnisem, S.V. continua, împotriva tuturor previziunilor medicale, să se simtă bine. Supravieţuirea lui nu era un miracol mărunt şi am fost tulburat

Scanned with OKEN Scanner

de asta, ca şi de tot ceea ce era legat de el. Cine era S.V.? De unde avea atîţia bani fără să fi muncit vreodată? De ce oamenii îi veneau mereu în ajutor? Ce putere avea asupra lor? De ce îl respectau şi îl iubeau atît de mulţi? Era el într-adevăr un *Lamedvovnik*, unul dintre cei treizeci şi şase pentru care nimic nu era imposibil?

Către sfîrşitul lui ianuarie 1987, în timp ce mă pregăteam febril pentru o călătorie la Moscova, m-am simţit îmboldit să scriu povestea lui S.V. Abia o încheiasem, cînd am primit un telefon de la cardiologul lui din Londra. Pe 1 februarie, S.V. nu s-a simţit bine şi a avut febră mare peste noapte. A fost consultat imediat. Nu era nici un semn care să indice endocardita bacteriană, dar pe culturile de laborator a crescut, în cîteva zile, stafilococul. A fost spitalizat şi i s-au administrat antibiotice intramuscular şi intravenos. În ziua următoare însă, se afla deja în şoc septic şi în insuficienţă renală şi avea nevoie de un dispozitiv de asistenţă a circulaţiei sangvine pentru a menţine un simulacru de tensiune. Fiind operat de urgenţă pe inimă, chirurgul lui egiptean a găsit o ruptură de valvă ca urmare a endocarditei infecţioase. Ambele valve, mitrală şi aortică, au fost schimbate cu proteze corespunzătoare. S.V. şi-a revenit cu uşurinţă dar a făcut o fibrilaţie atrială cu ritm rapid, aceeaşi aritmie care fusese baza consultaţiei mele iniţiale, după care, starea lui precară s-a înrăutăţit rapid. I s-a administrat o doză mare de medicamente intravenos, dar a murit aproape imediat după aceea.

Moartea lui S.V. mi-a lăsat o durere chinuitoare, o senzaţie de gol, de ceva greu de definit, dar incontestabil fundamental. Pierdusem un punct de referinţă care îmi îmbogăţise viaţa cu o inexplicabilă imprevizibilitate, dar şi siguranţă. De ce, deşi eram grozav de ocupat la jumătatea lui ianuarie, m-am simţit îmboldit să scriu povestea lui S.V.? De ce tocmai atunci? Nu mai putea să aştepte? Scriam pentru că *ştiam* că S.V. era bolnav, căci, probabil, era şi înainte de a cere ajutorul

Scanned with OKEN Scanner

medicilor? Oare scriind povestea lui S.V. i-am terminat viața, fiindcă un *Lamedvovnik* nu trebuie expus?

Viața lui în Anglia se terminase așa cum începuse, cu endocardită bacteriană. Cauza imediată a morții era fibrilația atrială incontrolabilă, aceeași aritmie care ne adusese laolaltă cu treisprezece ani în urmă. Numărul 13 e sacru și încărcat de semnificații pentru evreii ortodocși.

Secretara mea, care îl cunoștea bine, îl informa despre ce aveam de gînd să fac. Cînd am încercat să vorbesc cu ea despre S.V., ea mi-a spus doar: „Era un om foarte misterios".

Pînă în ziua de azi continui să mă mir de efectul cutremurător pe care l-a exercitat asupra mea și asupra altora. El reflecta o interacțiune complexă cu un domeniu în care știința are prea puține explicații. Povestea lui este un exemplu pentru extraordinarele relații care se întrețes între doctor și unii dintre pacienți și, în consecință, cît de drastic se poate schimba viața lor.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

VI

Arta de a fi pacient

19

Cum să-i facem pe doctori să ne asculte

Un doctor trebuie să se bizuie pe arta înțelegerii omului pentru a amplifica puterea de pătrundere a științei. La fel, un pacient trebuie să cultive o artă specială, aceea de interrelaționare cu medicul. În timp ce actul medical privește în general *tratarea* unei boli, pacientul dorește să se *vindece*. *Obiectul artei pacientului este de a-l face pe doctor să încorporeze vindecarea în procesul tratamentului.*

Vindecarea necesită o relație de egalitate – un element cheie într-o relație sănătoasă între medic și pacient – și respect reciproc. Acesta nu este automat garantat de egalitate, ci e nevoie să fie cîștigat. Fără respect, un doctor nu poate cîștiga încrederea pacientului. Respectul nu constă în fleacuri de limbaj. După cum spunea eseistul Anatole Broyard, bolnav de cancer, despre doctorul lui: „Nu am încredere în oricine îmi spune că mă iubește cînd nici măcar nu mă cunoaște." Pacientul dorește să fie cunoscut ca ființă umană, nu doar ca un înveliș exterior al unei boli. Doar pacientul este capabil să trezească interesul medicului pentru a cuprinde domeniul mai larg al persoanei care suferă. În asta rezidă arta lui.

Deși doctorii se deosebesc unul de altul ca indivizi, există cîteva principii ce pot fi aplicate în arta de a fi pacient. În primul rînd, după părerea mea, nu trebuie să ne așteptăm la mai mult decît ceea ce poate oferi medicina, fără a reduce totuși respectul pentru practicantul medicinei. Cînd se produc miracole datorate medicinei, este important să înțelegem că

Scanned with OKEN Scanner

ştiinţa, deşi pare atotputernică, va fi întotdeauna constrînsă de datele omului. Oricît de mult s-ar extinde cunoaşterea medicală, vor rămîne mereu probleme neelucidate. Medicina nu va fi capabilă să prevină moartea sau îmbătrînirea, nici să asigure deplina recuperare în urma unui accident sau corectarea unor defecte din naştere. Dar există şi multe alte situaţii în care nu poate fi vorba de vindecare definitivă.

În prezent, medicina nu are soluţii pentru unele afecţiuni cronice, precum artrita, bolile de inimă, tulburările neurodegenerative, bolile imunitare şi, desigur, cancerul. Deşi mersul ştiinţei este accelerat, mai avem o cale lungă de străbătut înainte ca aceste tulburări majore să poată fi înţelese. În absenţa vindecării aceste boli au nevoie de tratament îndelungat, de obicei de-a lungul întregii vieţi. În aceste cazuri, medicii îşi propun un ţel realist, precum uşurarea simptomelor, încetinirea sau chiar oprirea cursei deteriorării, ridicarea moralului pacientului – deci împiedicarea bolii de a deţine controlul asupra vieţii bolnavului. Aceste scopuri pot fi atinse doar atunci cînd aşteptările pacientului corespund cu ceea ce poate obţine.

O atitudine exagerată faţă de potenţialul medicinei este contraproductivă. În această eră a reclamei, pacienţii ajung să aştepte imposibilul. Ei nu sunt satisfăcuţi cu uşurinţă de simpla înlăturare a simptomelor şi cer adesea tratamente inexistente. Pretenţiile industriei de medicamente şi cele ale unor medici care se consideră zei contribuie şi ele la aceste aşteptări nerezonabile. Iluziile dramatice sunt promovate de dinamica nesănătoasă dintre pretenţiile profesionale hiperbolizate şi inflaţia speranţelor publicului.

Aşteptările fără o bază reală măresc şi insatisfacţia celor care descoperă că suferinţa lor nu poate fi diagnosticată, deşi, din experienţa mea, marea majoritate a simptomelor e lipsită de explicaţii exacte. Comunitatea medicală a rezolvat parţial

Scanned with OKEN Scanner

această problemă instrumentînd o mulțime de diagnostice lipsite de sens, care mai curînd maschează ignoranța decît luminează și evidențiază cauza.

În *Dilema doctorului,* George Bernard Shaw generalizează spunînd că „toate profesiile sunt conspirații împotriva laicilor". Totuși, dezamăgirea deliberată nu este baza acestor șarade. Negarea este apărarea umană împotriva necunoașterii. De exemplu, cînd un doctor numește „hipertensiune esențială" o boală care afectează cincizeci de milioane de americani, pacientul presupune că aceasta este o disfuncție specifică, bine definită și perfect înțeleasă. Dar vai, în vorbirea medicală obișnuită, „esențial" înseamnă: „n-am nici cea mai vagă idee despre cauză". Doctorii bîjbîie adesea nu fiindcă ei ar fi niște delincvenți care au chiulit de la școală, ci pentru că știința nu s-a pronunțat asupra acelui lucru.

Cu cît știința oferă mai puține explicații, cu atît mai creativă devine punerea diagnosticului. Există mode în medicină, ca și în îmbrăcăminte. De exemplu, oamenii din trecut au cunoscut constelații de simptome ca: slăbiciune, epuizare permanentă, febră ușoară, jenă în gît, dureri artritice, deficiențe de memorie, dureri de cap, tulburări de somn. În prezent, pacientul cu aceste simptome este adesea diagnosticat cu „sindrom de oboseală cronică", prescurtat: SOC. Totuși, acesta este mai curînd un termen generic și arbitrar, decît o boală bine definită. Simptomele provin probabil dintr-o serie de boli diverse, virale sau imunologice, ori din dezordini neuroendocrinologice, psihologice și psihiatrice. Plasarea într-o singură rubrică a mai multor simptome eterogene, provenind dintr-o diversitate de situații necorelate, nu ușurează deloc înțelegerea fiziopatologiei bolii. Dimpotrivă, denumirea naște confuzii și întîrzie posibilitatea administrării tratamentului. Și mai rău, persoana afectată este lăsată să aștepte. În absența unei suferințe identificate organic, doctorul tinde să dea impresia că pacientul suferă mai curînd de o tulburare psihică, decît de o boală chinuitoare.

Scanned with OKEN Scanner

Cardiologia, disciplina pe care o practic de o viață, este și ea plină de asemenea denumiri de diagnostic. Cînd un pacient cu un murmur inofensiv al inimii are palpitații, disconfort în piept și forme variate de anxietate, diagnosticul la modă e de prolaps de valvă mitrală sau PVM. Asocierea acestor simptome nu e nouă. În urmă cu o sută șaizeci de ani, la Nottingham, în Anglia, doctorul John Calthrop Williams descria aceeași boală ca „palpitații nervoase și simpatetice ale inimii". În timpul Războiului civil american, acest simptom era cunoscut sub numele de „sindromul lui DaCosta". În deceniile care au urmat, un complex similar de simptome a fost denumit, succesiv, drept: „inimă iritabilă", „inima soldatului", „astenie neurocirculatorie", „sindrom de hiperventilație" și „inimă hiperkinetică".

Datorită apariției puternicei și scrutătoarei tehnici a ultrasunetelor, s-a observat că la unii dintre acești pacienți valva mitrală prolabează în atriu (se umflă ca o umbrelă) în timpul contracției și din această cauză apare simptomul respectiv. Și așa, diagnosticul de prolaps de valvă mitrală a fost lansat; s-a presupus că această situație fiziologică este o anomalie și, în consecință, a fost transformată prompt într-o boală. Toate tipurile de aritmie erau atribuite noului PVM, ceea ce justifica intervenția medicului. Faptul că 99,9% din pacienți au avut parte de o viață lungă și normală a fost ignorat, deși afecțiunea nu e mai dăunătoare vieții decît pistruii.

Acesta nu e decît un alt exemplu de modă a zilei, provenită parțial din faptul că mintea umană nu tolerează neînțelegerea cauzei și inventează falsul ca să evite golul. O explicație greșită este preferată recunoașterii ignoranței. În realitate, denumirea de prolaps de valvă mitrală, ca și sindromul DaCosta, acum mai bine de un secol, este un diagnostic fără sens.

Este vorba de aceeași înclinație de a furniza o explicație practicii medicale, de a atribui orice simptom ciudat unei boli virale, ceea ce este un diagnostic hazardat. Fiindcă este

Scanned with OKEN Scanner

incontestabil un simptom benign care mai curînd sau mai tîrziu va dispărea fără urmă. Cînd simptomul nu este periculos – ca în cazul hipertensiunii esențiale, a cărei ignorare are ca rezultat multe complicații cardiovasculare ce pun în pericol viața –, a-l trece cu vederea nu rămîne fără o valoare socială eliberatoare. Fiindcă, de fapt, amîndoi, și pacientul, și doctorul, pot cîștiga din jocul inventării diagnosticului. Pacientul care acceptă un astfel de nonsens ca diagnostic poate avea satisfacția că a fi prins în capcană nu e decît un scurt pas spre vindecare. E valabil, de asemenea, psihologic vorbind, și pentru doctor, care punînd un diagnostic generează respect și păstrează controlul necondiționat al situației. Desigur, dacă afecțiunea continuă să rămână fără o ameliorare considerabilă legate de supraviețuirea mea, insatisfacția pacientului se concentrează asupra medicului. Cînd analizele interminabile și investigațiile costisitoare nu oferă un tratament imediat, vina este aruncată mai curînd asupra medicului decît asupra slabei cunoașteri științifice.

Pacientul trebuie să înțeleagă că multe neplăceri nu sunt produse de o boală, ci de viață. În cultura noastră, care neagă moartea, indivizii sunt hotărîți să vîneze fericirea cu orice preț. Cu cît pacienții înțeleg mai repede că doctorii nu lucrează într-o afacere care oferă fericirea, cu atît mai mare e probabilitatea de a fi ajutați. Psihiatrul Viktor Frankel, un fost locatar al Auschwitz-ului, a propus ca o astfel de înțelegere a realității să fie denumită *fericire negativă,* adică eliberarea de suferință. Iar doctorii sunt mai în elementul lor în ușurarea suferinței decît în procurarea fericirii.

Dar ne adresăm tot medicinei pentru a repara și ceea ce de fapt, sunt lacrimi produse de uzina socială, de violență, opresiunea economică, de ostracizare de clasă, de rasă sau de sex. Într-o cultură a consumului în care aproape orice este tratat ca un articol de consum, examinarea medicală este răspunsul la o crescîndă frustrare socială. Insatisfacția cuiva din cauza muncii, a căsătoriei, a copiilor sau chiar a nenorocului său în viață se manifestă clinic în mod diferit.

Scanned with OKEN Scanner

Mulţi doctori nu au timpul, răbdarea, antrenamentul sau calităţile pentru a se implica în aceste complicaţii ale societăţii, iar lipsa lor de atenţie îi lasă pe pacienţi să caute un remediu urgent. Iar dacă nu găsesc un medic empatic care să-i ajute la uşurarea simptomelor, să se concentreze pe potenţiala sursă a problemei şi să-i înveţe cum să îndure constrîngerile vieţii, aceşti oameni tulburaţi se întorc tot mai mult spre medicina alternativă, căzînd adesea pradă unor şarlatani.

Pacientul sofisticat, care nu cade în capcana reclamelor exagerate, nici nu sucombă în faţa toanelor medicinei, va putea, cred, să stăpînească arta navigaţiei prin sistemul nostru de sănătate, care e departe de perfecţiune. Pacientul bolnav cronic ar trebui să-i pună întrebări doctorului nu cu intenţia de a stăpîni cunoştinţe de fiziologie sau de biochimie ale bolii, ci pentru a înţelege problemele lui cronice care cer răspunsuri individualizate. Doctorul ar trebui să fie în stare să răspundă cinstit la următoarele şase întrebări care să-i furnizeze pacientului răspunsuri concrete pentru a „convieţui“ cu boala:

1. Simptomele respective se datoresc unei boli anume, pentru care există tratamente definitive?
2. Dacă boala e incurabilă, pot fi ameliorate simptomele?
3. Dacă boala pune viaţa în primejdie, cît mai are de trăit pacientul?
4. Dacă boala nu ameninţă viaţa, este posibil ca ea să stagneze sau să progreseze? În cît timp?
5. Ne putem aştepta la complicaţii? Cum pot fi ele atenuate sau, şi mai bine, prevenite? Cu ce compromisuri?
6. O schimbare în stilul de viaţă ar putea aduce o ameliorare substanţială?

S-ar putea ca medicul să nu fie capabil să furnizeze răspunsurile exacte, dar o aproximare este suficientă. Se ştie că, deşi cunoştinţele doctorului pot fi extraordinar de precise în predicţia rezultatelor unui grup de o mie de pacienţi aflaţi în situaţia respectivă, atunci cînd numărul acestora

Scanned with OKEN Scanner

devine mai mic, acurateţea predicţiei scade exponenţial şi dispare aproape cînd măsura ajunge la o unitate, deci cînd doctorul este chemat să prevadă rezultatele unui singur individ. Unica provocare în această apreciere este ca doctorul să determine unde – dacă acest unde există – se situează un pacient anume pe curba de distribuţie gaussiană derivînd dintr-un eşantion mai larg. Factorul decisiv este experienţa clinică a doctorului. Dacă problema pacientului rămîne nerezolvată timp de cîteva luni, trebuie consultat un alt medic, cu mai multă experienţă în problema respectivă.

Prin bogăţia experienţei lui medicale, doctorul dezvoltă un model complex în centrii superiori ai creierului.*

Comparînd fiecare pacient cu acest model, într-un proces în mare parte subliminal, doctorul se angajează într-un act de descoperire, adesea extraordinar de creator, putînd găsi abordări care permit rezultate anterior neaşteptate şi aparent miraculoase.

Argumentul meu a închis astfel cercul. În manieră tipic omenească, par să contrazic ceea ce am afirmat la începutul pledoariei. Cînd am susţinut că trebuie să ne aşteptăm la mai puţin din partea medicinei, am acceptat posibilitatea miracolelor. Contradicţia este mai mult aparentă, decît reală. Chiar cînd tratamentul este imposibil, vindecarea nu e imposibilă. În timp ce ştiinţa medicală are limite, speranţa nu are. Cred în maxima propusă de Dr. Edward Trudeau cu un secol în urmă: „Uneori tratăm, alteori uşurăm, întotdeauna reconfortăm". Miracolele rezidă în posibilitatea de a reconforta şi de a vindeca.

Acest lucru mi-a fost confirmat de doamna J., o femeie de şaptezeci şi cinci de ani, calmă şi clară în exprimare. În ultimii cinci ani, starea ei se înrăutăţise, avea crize

* Autorul foloseşte pentru „model" termenul „template", nu „pattern", deci poate fi interpretat ca un şablon care va da naştere apoi unui „model" inteligibil (n.t.).

Scanned with OKEN Scanner

paroxistice săptămînale de aritmie, deşi o multitudine de teste indicau o inimă cu o structură sănătoasă. Cîteva medicamente, încercate singure sau combinate, s-au dovedit nefolositoare, iar unele dintre ele i-au provocat complicaţii îngrijorătoare. Crizele de aritmie o lăsau epuizată zile în şir, iar teama de recurenţe imprevizibile îi limitau activitatea, ţinînd-o în casă.

Analizînd problema ei, m-am asigurat că nici o posibilitate nu rămăsese necercetată. Nu aveam nici cea mai vagă idee în privinţa tratamentului, de aceea am fost surprins să mă aud spunînd că vom rezolva problema. Am lăsat, totuşi, o marjă de siguranţă, menţionînd că aceasta ne va lua ceva timp.

Cînd doamna J. s-a întors după cîteva luni, problema ei era mult ameliorată. Am fost impresionat de această remarcabilă turnură. Am asigurat-o din nou că aritmia ei, deşi supărătoare, nu era periculoasă şi i-am tăiat de pe reţetă multe dintre medicamentele care provocau unele simptome anterior atribuite inimii. Era acum capabilă să doarmă toată noaptea, iar prin mai mult somn se reducea aritmia. Am prescris o doză mai mare de digitalină pentru cazul în care ar fi intervenit o criză paroxistică, pentru a încetini ritmul inimii în timpul aritmiei, iar criza devenea mai uşor de tolerat. Era astfel capabilă să ducă o viaţă normală, deşi problema fundamentală rămînea nerezolvată.

Totuşi, nu mă puteam felicita pentru rezultat. Pacienta însăşi efectuase această extraordinară schimbare. Ea a putut fi ajutată pentru că nu şi-a dorit neapărat o vindecare, ci măcar o ameliorare. Era mulţumită cu micile schimbări în bine şi era gata să se bucure de ele pînă la capăt. Am putut foarte repede să trec la esenţial, pentru că era motivată şi nu suferea de ipohondrie.

Dacă pacientul e gata să fie ajutat, cît de puţin, şi e recunoscător pentru rezultate, acest lucru măreşte implicarea doctorului şi pune bazele unei relaţii între egali. Numai o

Scanned with OKEN Scanner

astfel de relație, bazată pe înțelegere și pe respect, se poate transforma într-un adevărat parteneriat, benefic pentru vindecare. Acest parteneriat încurajează, cum spunea Lewis Thomas, „capacitatea de afecțiune", elementul esențial pentru vindecare.

Ludwig Mies van der Rohe spunea despre arhitectură: „Dumnezeu se află în detalii". Este un adevăr valabil și pentru medicină. Cineva poate, pe bună dreptate, să se simtă neajutorat cînd e confruntat cu colosul instituțional al asigurărilor de sănătate și ar fi un act de curaj nebunesc să aștepte o manifestare umană din partea unui sistem atît de birocratizat. Pentru a naviga cu succes între limitele sistemului de sănătate e nevoie de abilitate, de îngăduință și de răbdare. În contextul asistenței medicale, chiar și aceste admirabile calități se pot dovedi insuficiente. Sistemul, care a devenit un golem industrial, nu se mai concentrează pe îngrijirea bolnavilor, ci pe obținerea profitului și a intrat în conflict cu practica medicală. Pentru a defini problemele individuale – medicale și umane – e nevoie de timp, dar în efortul de a menține costurile, doctorul este presat să micșoreze timpul acordat fiecărui pacient. Acordarea de prioritate profitului sacrifică și autonomia medicului, și dreptul pacientului de a-și cunoaște și de a-și exercita opțiunile terapeutice disponibile. Acest lucru face ca tratamentul să devină mai scump pe termen lung.

Transformarea monumentală care este necesară în sistemul de sănătate a fost însoțită de o cacofonie de discursuri pentru a susține respectul pentru autonomia pacientului și implicarea în vindecarea acestuia. Cel mai frecvent, aceste discursuri se reflectă în facturile pacienților. Retorica zgomotoasă merge mînă în mînă cu o îngrădire reală a acestor drepturi consacrate. Reprezentanții legali din spitale sunt chemați să netezească asperitățile unui sistem impersonal.

Principalul obiectiv al sistemului sunt costurile, iar pentru a-l atinge, spitalele crează rețele birocratice de manageri, de

Scanned with OKEN Scanner

contabili şi de jurişti, mai numeroşi decît personalul medical. Eficienţa a devenit cuvîntul de ordine care dictează omogenizarea în toate problemele pacientului. Liniile de orientare clinică şi algoritmii elaboraţi computerizat definesc trasee automate de acţiune pentru categorii specifice de diagnostic. O asemenea standardizare, motivată îndeosebi economic, are alte obiective subordonate, deşi doar presupuse, cum ar fi îmbunătăţirea calităţii îngrijirii medicale acordate, reducerea erorilor medicale costisitoare, evitarea procedurilor inutile şi crearea de baze de date uniforme pentru evaluarea şi compararea rezultatelor clinice. Medicii care nu aderă la liniile directoare sunt sancţionaţi prin măsuri economice şi prin ameninţări. În acest ambient, doctorii devin din ce în ce mai mult nişte tehnicieni legaţi de liniile de asamblare, al căror scop este eficientizarea examinării pacientului.

Este într-adevăr dificil, dar nu imposibil pentru un pacient informat să obţină o mai bună îngrijire personală exploatînd contradicţiile inerente ale sistemului de sănătate. Întîi, faptul că doctorii au încă un rol central ca păzitori de porţi, lasă o posibilitate de manevră. Ei sunt ofiţerii de triaj care dirijează traficul uman spre diverse proceduri, spre alţi specialişti sau spre spitale. Aceste santinele profesionale sunt nemulţumite de sistem şi au fost educate, deşi adesea imperfect, să se adreseze individualităţii fiecărui pacient. Ei nu sunt pregătiţi să vadă în pacienţi o adunătură de clone. Majoritatea doctorilor sunt mîndri de a fi competenţi şi în sufletul lor aşteaptă recunoaşterea ca profesionişti dedicaţi. O oarecare diferenţă poate deci rezulta din exploatarea acestor calităţi.

Un alt factor într-o economie de piaţă este dorinţa sistemului ca publicul să privească la sistemul de sănătate ca la o industrie a serviciilor care consideră mulţumirea clientului ţelul suprem. Capacitatea de a atrage noi abonaţi la această organizaţie de menţinere a sănătăţii, scopul vizat de manageri, depinde de nivelul rezonabil de satisfacţie al

Scanned with OKEN Scanner

membrilor deja existenţi. Cei aflaţi la comandă alocă resurse colosale reclamelor ca să fie apreciaţi ca fiind dedicaţi binelui. Alergia managerilor la o publicitate proastă le oferă pacienţilor pîrghii de manipulare a sistemului.

În acest nou cadru al îngrijirii sănătăţii, prima vizită are o şi mai mare importanţă decît în trecut. Medicul şi pacientul trebuie să aibă ocazia de a se cunoaşte reciproc. La sfîrşit, amîndoi trebuie să fie hotărîţi să stabilească o relaţie solidă şi durabilă. Doctorul trebuie să găsească rapid cauza suferinţei pacientului, să definească procedurile şi testele necesare pentru confirmarea unui presupus diagnostic şi să iniţieze prompt tratamentul. Această primă întîlnire mai poate duce şi la consultarea altor medici, la proceduri invazive sau chiar la spitalizare.

Lansarea pe traiectoria ce duce la diagnostic este începută de către pacient, care e depozitarul unic al tuturor informaţiilor relevante. Dacă doctorul dă un diagnostic corect sau unul eronat, depinde de cît de corect l-a informat pacientul la vizita iniţială. Pacientul e mai bine servit cînd îşi fixează clar obiectivele vizitei şi le prezintă lucid. Pe scurt, scopul vizitei este în general dublu: să concentreze atenţia doctorului pe problema medicală corectă şi să-i cîştige simpatia pentru persoana bolnavă. Ultimul scop e foarte important. Firescul acestui angajament este ca un test cu hîrtia de turnesol pentru compatibilitatea „chimiei" personale, indicînd dacă o relaţie de respect reciproc este posibilă.

La prima întîlnire, pacientul este bine servit dacă ţine seama de excepţionala valoare a timpului. Mulţi pensionari, care au mult timp liber, sunt incapabili să se adapteze într-un ambient unde timpul e foarte comprimat. Unii nu înţeleg atmosfera de „fierbere sub presiune" a unei clinici moderne, supraîncărcată de pacienţi şi silită să crească „productivitatea". Deşi pacientul nu poate schimba sistemul, atenţia pentru economisirea timpului îi serveşte măcar pentru a cîştiga imediat simpatia doctorului.

Scanned with OKEN Scanner

Îndelunga experienţă m-a învăţat că judecata iniţială a medicului nu e conturată doar de problema medicală, ci de starea sa psihică –, dacă se simte plictisit sau răsplătit avînd de-a face cu un individ anume. Reacţia sa emoţională nu este modelată de o analiză a stării pacientului, ci de o seamă de impresii superficiale: dacă pacientul vorbeşte mult, e plicticos, umblă cu ocolişuri, se repetă ori, dimpotrivă, e direct şi bine organizat. Fiindcă în mare măsură acestea au legătură cu factorul timp şi cu neliniştea constantă a doctorului privind perturbarea unui program deja aglomerat.

Deoarece prima impresie este durabilă, nu e o idee bună să ne instalăm pe scaun într-un cabinet de consultaţii ca şi cum am fi fost invitaţi într-o după-amiază la o tihnită ceaşcă de ceai. Dacă doctorul primeşte un semnal interior că vizita se va prelungi, îl va preocupa mai mult scurtarea ei decît rezolvarea problemelor medicale. Ceea ce îl pune pe doctor imediat în gardă este un pacient relaxat, ţinînd în mînă un teanc gros de notiţe. Avem mult de cîştigat oferind o impresie generală bună. Intrînd vioi în cameră, fără să zăbovim ca să examinăm diplomele şi fleacurile ornamentale, invariabil adunate pe biroul unui doctor, şi fără să ne complacem în conversaţii banale, pregătim terenul pentru o discuţie serioasă. Începe să se instaleze ambianţa în care se poate întemeia o relaţie de respect reciproc.

Pacientul care nu se concentrează se descurcă cu greu. Cel mai rău lucru care i se poate întîmpla este să fie diagnosticat greşit. Consecinţele pot fi grave: prescrierea unor medicamente nepotrivite, efectuarea unor investigaţii cu plată sau, şi mai rău, supunerea la proceduri invazive inutile sau dăunătoare. Este un păcat să prinzi o victimă sigură; greşeala doctorilor este nejustificată, oricare ar fi circumstanţele. Totuşi, indignarea morală nu va schimba prezentul sistem de sănătate. De aceea, conştiinţa unei mutilări potenţiale permite

Scanned with OKEN Scanner

pacientului o oarecare asigurare că nu va cădea victimă sistemului.

Voi sublinia încă o dată importanța crucială a concentrării exact pe problema esențială. O astfel de concentrare este facilitată prin identificarea motivelor specifice care vă fac să căutați ajutorul medical. Este ceea ce doctorii numesc simptomul principal. Cel mai bine este să dezvoltați o descriere clară a simptomului care vă deranjează cel mai mult înainte, nu în timpul vizitei. Adesea, listele de neplăceri sunt un amestec de lucruri banale, ca niște care cu fîn uriașe în care sunt ascunse doar cîteva ace de informație relevantă. Este de înțeles că, după ce a așteptat săptămîni pentru o programare, omul dorește să se descarce total, dar după părerea mea aceasta e o greșeală serioasă. Dacă neplăcerile sunt multiple, mai ales cînd ele nu par corelate, există riscul să fiți taxat drept ipohondric ori avînd o problemă „psihosomatică" ori, și mai rău, să fiți etichetat cu un termen peiorativ precum „papagal" – sau altele asemenea. Din momentul în care o problemă a pacientului este banalizată, ea nu poate fi tratată.

A economisi timp înseamnă a stabili problema esențială și cum poate fi ea succint prezentată. Acest lucru e adesea dificil chiar și pentru cea mai inteligentă și concisă persoană. Limbajul organelor aflate în disfuncție nu e ușor de tradus în nici o limbă vorbită. Adjectivele nu reușesc să transmită senzațiile corpului. Pacienții furnizează adesea și un diagnostic, sugerat de un vecin sau de vreun reportaj apărut în mass-media. Motivația pacientului, dorința de a-l ajuta pe doctor să ajungă rapid la ce nu e în ordine, este greșită. Ca rezultat, pacientul poate fi rău servit. Doctorul hărțuit, presat să scurteze timpul petrecut cu pacientul, s-ar putea să accepte autodiagnosticul fără o analiză prea atentă.

Experiența următoare ilustrează mutilarea produsă de autodiagnostic. Doamna T., o femeie de vreo optzeci și cinci de ani, fusese complet imobilizată în ultimii cinci ani de o

Scanned with OKEN Scanner

hipotensiune posturală. De fiecare dată cînd se ridica în picoare, amețelile îi produceau o nouă cădere. Ajunsese să fie imobilizată la pat, împovărîndu-şi familia şi, ca rezultat, devenind tot mai depresivă. Lua tot felul de medicamente împotriva anginei, care contribuiau, desigur, la scăderea tensiunii ortostatice.

Inițial, nu am pus la îndoială medicamentele prescrise deoarece era tratată de un cardiolog experimentat. La o discuție mai atentă, totuşi, a devenit evident că această femeie nu avea angină. Durerea ei de piept se datora problemelor osteo-articulare. Am încercat să văd cum s-a ajuns la diagnosticul de angină, iar pacienta a recunoscut că ea însăşi i l-a sugerat doctorului. Comparînd însemnări cu o prietenă care avusese recent un atac coronarian în urma căruia suferea de angină, doamna T. s-a convins că problemele lor erau identice. După discuții prelungite cu prietena ei, doamna T. şi-a însuşit o parte din termenii descriptivi. La prima vizită i-a spus cardiologului că este sigură că simptomele se datoresc anginei. Doctorul, fără să o mai interogheze pe această femeie inteligentă, i-a prescris rețeta obişnuită. Deoarece nici unul dintre medicamente nu a ajutat-o, la vizitele următoare s-au mai prescris şi altele. Cînd a ajuns complet invalidă, doamna T. a venit să ceară şi opinia mea. Am oprit toate medicamentele, iar vertijul şi celelalte simptome au dispărut, cu excepția durerii din piept, de care ne ocupăm în prezent.

Mulți pacienți şi-au pierdut viața atribuind sîngerările rectale unor hemoroizi, fiindcă un doctor neatent a acceptat acest diagnostic fără să identifice un cancer la colon. Cel mai obişnuit autodiagnostic este totuşi cel de hernie strangulată, o afecțiune răspîndită, dar exclusiv benignă. Dar chiar şi această denumire de diagnostic poate fi dăunătoare, dacă îl direcționează greşit pe doctor, îndepărtîndu-l de la probleme ascunse care ar trebui investigate. Nu există nici o scuză pentru un doctor de a nu păşi dincolo de etichetarea

Scanned with OKEN Scanner

unei probleme de către un pacient. Cu toate acestea, merită să parafrazăm o avertizare comună, *caveat aege:* „pacientul să aibă grijă". Evitînd rolul de complice la autovictimizare este un modest prim pas.

Pacientul este mult mai bine servit dacă prezintă doctorului o descriere îngrijită a simptomelor, cînd se produc, indicînd durata şi descriind factorii care le grăbesc şi măsurile care duc la ameliorarea lor. Astfel de fapte succint prezentate îl pot pune imediat pe doctor pe drumul cel bun.

Nu trebuie să-l pui pe doctor în situaţia de a judeca între diferitele opinii ale unor specialişti deja consultaţi. Unii pacienţi îşi încep vizita prin a-l întreba pe doctor dacă e de acord cu doctorul X,Y sau Z. Am fost des întrebat: „Vreţi să-mi explicaţi de ce ceea ce spune doctorul A. contrazice total afirmaţia doctorului B.? Ca şi cum rezolvarea contradicţiei ar fi luminat problema pacientului. Este adesea dificil să explicăm de ce a ajuns cineva la o anume concluzie, fără să fie de acord cu diagnosticul altor doctori.

Pe măsură ce discuţia avansează, doctorul încearcă să-şi imagineze ce se întîmplă în realitate. Sarcina e provocatoare şi cere răspunsuri directe şi succinte din partea pacientului. „Pe cîte perne dormiţi?" este o întrebare simplă care cere un răspuns de un singur cuvînt. Totuşi, se răspunde pe ocolite: „Cînd am făcut operaţia de retină, a trebuit să dorm fără pernă, asta a fost acum zece ani. După aceea, cînd sufeream de hernie strangulată, foloseam trei perne." „Dar *acum*, cîte folosiţi?" „Doar una."

Uneori calea ce duce către răspunsul corect este mult mai ocolită. Naraţiunile clinice trebuie evitate, precum şi discursurile formale despre trecutul îndepărtat. Nu tot ce s-a întîmplat e demn de amintit şi, cu atît mai puţin, de repetat. Cu cît mai scurt şi mai direct e răspunsul, cu atît e mai puţin probabil ca pacientul să fie supus asaltului tehnologiei. Doctorii au învăţat, cred, incorect, să considere tehnologia

Scanned with OKEN Scanner

ca un substitut eficace (de cost) pentru timpul cheltuit cu pacienţii.

Pacienţii ar trebui, de asemenea, să evite să pună întrebări generale, care au prea puţină legătură cu situaţia de fapt. Dacă cineva doreşte să-şi îmbogăţească înţelegerea medicinei, e mai bine să asiste la cursuri universitare sau să citească texte medicale. Chiar şi atunci e bine să evite să devină un fel de doctor amator. Concepţia greşită care predomină este că, dacă are cunoştinţe de anatomie sau de endocrinologie, ori din orice ramură a medicinei, acest lucru îl va face să discute mai inteligent cu un doctor sau se va putea apăra mai bine ca pacient. Amîndouă presupunerile sunt greşite. A fi iniţiat în anatomia circulaţiei coronariene nu învredniceşte pe nimeni să facă faţă mai bine bolii cardiace ischemice. Astfel de idei sunt propagate de complexele medicale industriale care, intenţionat sau prin evenimente, încurajează şi cultivă ipohondrii nestăvilite.

Joaca de-a doctorul şi promovarea unor astfel de idei exprimă neîncrederea în profesia medicală şi sunt percepute ca atare, chiar cînd intenţia e perfect inocentă. Medicii, chiar dacă au ample virtuţi samaritene, nu prea apreciază asemenea distracţii. Arta de a fi pacient implică evitarea unor astfel de fundături.

Pacienţii ar trebui să-şi aducă şi medicamentele cu ei. E mai bine dacă, atunci cînd e întrebat de doctor ce medicamente foloseşte, pacientul poate furniza exact numele, doza precisă şi orele la care le consumă. Atunci doctorul poate să-şi dea seama dacă pacientul este inteligent sau potenţial litigios. În ambele cazuri rezultatul va fi salutar, iar tratamentul mai adecvat decît în alte cazuri. A fi bine informat asupra medicaţiei prescrise protejează pacientul de primirea aceleiaşi clase de medicamente, dar eventual purtînd alt nume şi fiind produse de o altă companie farmaceutică. Interesul pacientului este şi pe mai departe protejat dacă ţine o evidenţă a reacţiilor adverse avute la medicamentele respective.

Scanned with OKEN Scanner

Aceasta diminuează şansa de a-i fi prescrise medicamente similare, cu o toxicitate potenţială serioasă.

Pentru a fi şi mai apărat împotriva sistemului, e bine ca pacientul să fie însoţit de un membru al familiei, preferabil de soţ sau de soţie. Cealaltă persoană îl ajută pe pacient să-şi amintească de cele ce au fost discutate, concluzionate şi prescrise. Prezenţa unui membru al familiei sau a unui prieten îi dă pacientului mai mult curaj să-l întrebe pe doctor despre raţiunea de bază a procedurilor sau a analizelor. Astfel se pot pune cîteva întrebări fundamentale:

1. Este investigaţia respectivă necesară pentru a confirma sau infirma diagnosticul deja pus de doctor? Sau e doar o recunoaştere preliminară, necesitînd şi alte investigaţii?

2. Rezultatele investigaţiilor vor modifica într-un fel sau altul tratamentul?

3. În sfîrşit, cît de scumpe sunt şi dacă vor fi achitate de asigurări.

De exemplu, dacă un medic sugerează o cateterizare cardiacă sau ceva similar, atunci nu mai trebuie umblat cu „de ce-uri", fiindcă doctorul are pregătite răspunsuri standard, în general rostite cu autoritate cvasiecleziastică, de pildă că „într-o eră ştiinţifică, medicina trebuie ghidată de informaţii precise". O întrebare mult mai relevantă ar fi dacă boala respectivă poate fi tratată efectiv fără informaţii obţinute prin proceduri invazive. Dacă răspunsul este „nu", atunci doctorul nu ştie cum să-l trateze adecvat fără informaţii despre anatomia arterelor coronariene, deci e un mai slab clinician, dar mai bun tehnician. În ambele cazuri, trebuie cerută şi o a doua opinie. A cere şi părerea altcuiva depinde de seriozitatea intervenţiei sugerate. De exemplu, dacă i se descoperă pacientului un ganglion mărit sau dacă are sînge în materiile fecale, atunci e rezonabil pentru un doctor să recomande o biopsie pentru primul caz, respectiv o colonoscopie pentru

Scanned with OKEN Scanner

al doilea. Fiindcă e mai bine să pierdem timp şi să mărim costul testelor dacă trebuie să confirmăm ceva necesar. În cazul cateterizării cardiace, aceasta este doar prima dintr-o cascadă inexorabilă de proceduri invazive, inclusiv proceduri periculoase pentru viaţă. În plus, boala coronariană poate fi efectiv tratată printr-o mulţime de metode neinvazive şi nu necesită cunoaşterea precisă a anatomei coronariene.

În sistemul de sănătate de azi, dominat de tehnologie, pacientul nu trebuie să accepte pasiv deciziile doctorului. Obiectivul este un parteneriat deplin, dar odată cu drepturile vin şi îndatoririle. Obligaţia supremă este aderarea la programul aprobat. Dar pacientul, înregistrînd cu grijă ce se petrece, îl informează pe doctorul lui dacă tratamentul dă rezultate sau dacă necesită corecţii de parcurs.

Cum alegem un doctor

Există cîteva indicaţii practice pentru a găsi un doctor bun. Evident, fiecare vrea să aleagă un doctor bine pregătit, care ţine pasul cu cele mai noi descoperiri ale ştiinţei. Orice absolvent al unei facultăţi de medicină ar putea să fie versat în situaţiile de bază, abil în recunoaşterea unei boli tratabile şi să ştie cum să administreze tratamentul. Totuşi, nu e întotdeauna indicat. Alţi doctori pot avea un bun renume, dar pot să indice cuiva o cale greşită. „Chimia" dintre doctor şi pacient trebuie să fie compatibilă. Pacientul trebuie să se simtă în largul lui cu doctorul, ca şi cu un prieten apropiat.

Există cîteva mici indicii care ne pot ajuta să decidem dacă un anume doctor este cel în prezenţa căruia ne simţim bine, cel pe care putem ajunge să-l respectem şi, în timp, să-i acordăm încrederea în probleme de viaţă şi de moarte. De exemplu:

Cînd cunoaşte un pacient, medicul îi întinde mîna? Acest gest este un mic semn că doctorul doreşte să iasă în

Scanned with OKEN Scanner

întîmpinarea pacientului. Lipsa strîngerii de mînă nu poate justifica o lipsă de încredere, dar are valoare negativă pe lista de încercări.

Punctualitatea ar trebui să fie o coordonată serioasă a calităților umane ale doctorului, fiindcă semnalează respectul pentru celălalt. Respectul pentru timpul pacientului este un indicator semnificativ al calităților cerute unui partener în vindecare. Întîrzierea repetată poate fi atribuită unei neglijențe manageriale, unei planificări greşite, unei supraîncărcări a programului, unei indiferențe față de timpul altora sau unei presupuneri – comună printre doctori – că pacientul va considera că a fost reținut de un bolnav mai grav. Adevăratele urgențe sunt rareori cauza întîrzierii obişnuite a doctorilor.

De asemenea, pacientul trebuie să-şi pună întrebări dacă un doctor permite întreruperea consultației pentru apeluri telefonice. Eu i-am interzis secretarei să mă întrerupă, cu excepția unei urgențe într-adevăr deosebite. Şi pot trece luni de zile fără să fiu deranjat. Este destul timp să se răspundă adevăratelor urgențe între vizitele pacienților.

Dispoziția şi atitudinea doctorului ar trebui să fie un factor decisiv în alegerea medicului personal. Doctorul ar trebui să radieze optimism. Cu trei secole în urmă, Jonathan Swift ne sfătuia: „Cei mai buni doctori sunt : Doctorul Regim, Doctorul Linişte şi Doctorul Veselie". Omul aşteaptă o atitudine pozitivă de la medic, chiar dacă nu se întrevede un tratament-miracol şi chiar dacă starea lui se deteriorează. Întotdeauna se pot găsi intervenții care să uşureze durerea intensă a unei boli în fază terminală. Cei foarte bolnavi, deşi nu se lasă înşelați de un fals optimism, tînjesc după o atingere şi după mîngîierea adusă de compasiunea umană.

Un factor foarte important în alegerea unui medic este dacă doctorul e pregătit şi capabil să asculte. Cîteva studii au arătat că doctorii întrerup pacienții la fiecare 15 – 30 de secunde. Îşi arată astfel nerăbdarea, sau că sunt presați de timp, sau lipsa de interes pentru ceea ce pacientul consideră

Scanned with OKEN Scanner

a fi important. Întrebările deschise indică disponibilitatea de a afla grijile apăsătoare. Doctorul care repetă şi rezumă ceea ce a fost spus confirmă că este un profesionist bine educat şi un bun ascultător.

Încrederea în doctor este întărită şi de felul în care stabileşte istoricul bolii prin întrebări despre munca pacientului şi despre alte probleme sociale relevante, prin compătimire pentru pierderile minore şi prin exprimarea unei solicitudini reale în problemele serioase. Doctorul cîştigă puncte acționînd ca şi cum ar avea tot timpul din lume, chiar dacă pacientul e conştient că mai sunt mulți alții care aşteaptă să fie consultați.

Pacientul ar trebui să fie precaut cu doctorul care, la plecare, aruncă asupra lui vina întîrzierii chemării prin expresii ca: „De ce ai aşteptat atît de mult pînă să mă chemi? sau: „Dacă te-aş fi văzut mai devreme“... etc. Oricine ar putea avea rezerve față de aptitudinile de vindecător ale unui astfel de doctor.

E de aşteptat ca un doctor care întrebuințează cuvinte ce rănesc să nu fie prea apreciat. Doamna N., care avea aproape nouăzeci de ani, era de obicei jovială, dar într-o zi a apărut la cabinet într-o stare de depresie. Tocmai îşi vizitase ginecologul.

– V-a descoperit vreo problemă serioasă? am întrebat-o.

– A, nu, a răspuns ea, mi-a spus ceva normal.

Doctorul o întrebase ce căuta acolo, iar ea îi răspunsese: „Unde ar trebui să fiu?“ El îi răspunsese în glumă: „La vîrsta dumneavoastră ați putea fi moartă“.

Un doctor care îi cere pacientului să se dezbrace este probabil priceput în examinare. Cînd examinarea include „fundul de ochi“ şi pulsul la picioare, cu o oprire pe parcurs pentru palparea şi ascultarea celorlalte organe, medicul este un practician competent. Dar o calitate şi mai prețioasă decît examinarea fizică temeinică este curajul de a-şi asuma erorile

Scanned with OKEN Scanner

fără echivoc. Ar trebui să fie evident pentru un pacient inteligent că practicarea medicinei nu este o știință exactă. Greșelile sunt inevitabile, chiar și printre profesioniștii cei mai conștiincioși, care corespund standardelor înalte. Recunoașterea publică a greșelilor este cea mai bună cale pentru a evita repetarea lor și este, de obicei, semnul care indică un medic de mîna întîi.

Problema frecventei recurgeri la specialiști merită, de asemenea, comentarii, ea nefiind o problemă recentă. Cu un secol în urmă, Dostoievski se plîngea de asta în *Fraţii Karamazov*:

Apoi, mai au și felul acela de a te trimite la un specialist: „Eu pot doar să pun diagnosticul pentru tulburarea dumneavoastră, dar dacă mergeți la Cutare sau Cutare specialist, ei vor ști cum să o trateze." E precum vă spun, bătrînul doctor care vă trata de orice boală a dispărut, iar astăzi nu veți găsi decît specialiști care își fac chiar reclamă în ziare.

Dacă pe vremea lui Dostoievski această problemă abia se născuse, astăzi ea a trecut dincolo de orice limită. Un doctor care face economie la întrebuințarea procedurilor tehnologice, fiind totuși capabil, fără a face apel la specialiști, să-și recunoască limitele propriei cunoașteri, merită o înaltă apreciere. Doctorul modern, fiind superior antrenat tehnic, n-ar trebui să funcționeze ca un simplu polițist dirijînd fluxul de trafic spre diferiți specialiști. Cele mai multe probleme sunt comune și pot fi rezolvate de un medic generalist.

Cînd e nevoie să apelăm la un specialist? Bineînțeles, cînd un medic generalist de încredere recomandă ca pacientul să apeleze la cineva cu o experiență mai vastă. Cînd pacientul are o boală identificată, reclamînd un tratament de durată, un specialist este mai competent să se ocupe de el decît un medic generalist. Trimiterea la specialist se recomandă cînd pacientul continuă să prezinte simptomele care-i afectează calitatea vieții și a căror cauză nu a putut fi elucidată de

Scanned with OKEN Scanner

medicul internist sau generalist într-o perioadă rezonabilă. Anumite probleme din domeniul dermatologiei, ginecologiei, neurologiei, oftalmologiei, ortopediei şi urologiei e mai bine să fie expuse specialiştilor respectivi.

În ultimă instanţă, pacientul caută un medic cu care să se simtă în largul său cînd îi descrie simptomele, fără să se îngrijoreze că va fi supus unor numeroase investigaţii – un doctor pentru care pacientul nu reprezintă o statistică, un doctor care nu recomandă măsuri care i-ar compromite viaţa cu scopul de a o prelungi, în fine, un doctor care nu exagerează simptomele minore ale unei boli, nici nu e copleşit de cele majore şi, mai presus de toate, un semen uman a cărui grijă pentru pacienţi este susţinută de dorinţa de a servi şi consideră acest fapt ca pe un privilegiu.

Scanned with OKEN Scanner

Postfață la ediția revăzută

Pe cînd apărea prima ediție a acestei cărți, cu trei ani în urmă, dezamăgirea pacienților provocată de medicină era deja imensă. Se pregătea o criză în medicină. Neașteptată a fost însă reacția în lanț care a urmat atât de rapid.

Nemulțumirea pacienților ajunsese la culme. Îngrijirea medicală, în loc să fie un sistem responsabil, s-a dezvoltat într-un amestec eterogen de *fiefuri* corporatiste al căror scop de bază este de a mări profitul investitorilor de capitaluri. Pentru a atinge acest obiectiv, timpul acordat de doctori diagnosticelor și deciziilor clinice a fost scurtat. Regulamente arbitrare, supervizate de birocrația înfloritoare a tehnocraților au invadat teritoriul judecății clinice, fie că era vorba de prescripția de medicamente, de rapoartele medicale, de proprietatea asupra unui spațiu de urgență sau de internări. Mult mai rău decît medicii lipsiți de profesionalism, sistemul prezent al medicinei așa-zis administrate depersonalizează pacienții.

Ca și în cazul oricărei transformări sociale majore, a existat un amplu avertisment al crizei iminente. Ea nu a fost grăbită de vreo invazie de barbari care escaladau zidurile unei profesii etice. Putregaiul a început să coacă în însuși teritoriul medicinei. Doctorii au fost seduși de provocările financiare ale unor „terțe persoane" care investeau, asigurîndu-și un teren deschis cîștigurilor. Îngrijirea medicală a fost fragmentată între un stol de superspecialiști, care înmulțeau investigațiile lipsite de sens, încurajau vizitele neprogramate și expunerea pacienților la o serie de intervenții chirurgicale inutile. Fiecare analiză sau procedură era transformată într-o

Scanned with OKEN Scanner

sursă de profit. Iar în timp ce americanii cheltuiau mult mai mult pentru sănătate decît orice altă țară industrializată, o șesime din populație era lipsită de cele mai elementare asigurări de sănătate.

Anul trecut, cheltuielile pentru sănătate au atins un trilion de dolari. Cum această traiectorie crescătoare a cheltuielilor conducea la o cifră astronomică, ușile politicului s-au deschis către formula corporațiilor medicale. Era nevoie de cineva care să controleze și să organizeze doctorii. Logica prezentată publicului era că doar organizațiile de menținere a sănătății, aflate în proprietatea unor investitori și lucrînd pentru a genera profit posedă disciplina financiară pentru a stăvili inflația costurilor din sănătate. În această logică a corporațiilor se presupunea că boala poate fi privită ca un bun de consum, că pacientul se poate comporta ca un consumator suveran și cunoscător și deci aceste forțe de piață pot să echilibreze eficient complexitatea ei și să discearnă nevoile de sănătate fără să sacrifice calitatea.

Într-un sens mai profund, industrializarea medicinei în curs de realizare cere, ca și în cazul altor servicii, două elemente esențiale: standardizarea produsului și posibilitatea de a schimba piesele între ele. Acesta este procesul care a precedat preluarea de către Wall Street a administrării în domeniul sănătății. El este legat de îndelungata căsătorie a medicinei cu știința reducționistă și de înflorirea tehnologiei. În paradigma științifică modernă a medicinei, fiecare pacient este statistic asemănător cu orice alt pacient care suferă de aceeași boală. La urma urmei, știința, ținînd seama de infinitatea diverselor fenomene biologice, ignoră unicitatea individuală cu scopul de a scoate în evidență mecanismele generale care operează. Ceea ce medicina modernă proclamă ca hotărîtor sunt caracteristicile biologice comune, în timp ce diferențele individuale nu sunt luate în considerare. Dacă toți pacienții ar avea „piese de schimb" care ar putea fi schimbate între ele (dar programele de transplantare a unor

Scanned with OKEN Scanner

organe sancţionează această noţiune simplistă), atunci domeniul medicinei ar fi gata pentru un model industrializat şi pentru o preluare de către corporaţii.

Criza din domeniul sănătăţii s-ar fi petrecut şi fără intervenţia corporaţiilor, deşi cu paşi mai lenţi. Apariţia organizaţiilor pentru administrarea sănătăţii (HMO) amplifică şi agravează numeroasele procedee inumane care domină sistemul „plăţi pentru servicii".

În medicina condusă de piaţă, preponderenţa pacientului atîrnă de socotelile perverse ale investitorilor, ale birocraţilor, serviciilor de asigurări şi ale funcţionarilor. Sănătatea în vederea profitului cere doctorului să acţioneze ca un paznic care raţionalizează sau refuză îngrijirea medicală. În aceste circumstanţe, relaţia doctor – pacient este minată de suspiciunea că orice sfat este determinat de prevederile minime ale corporaţiei. Sănătatea „pentru profit" este un oximoron. Momentul îngrijirii este transformat în profit şi golit de grija originară. Această contradicţie morală încalcă orice reper.

Proprietăţile insesizabile ale minţii, ce ţin de unicitatea fiecărei persoane, nu prea sunt simpatizate de actuala „religie de stat" care divinizează eficienţa în afaceri. Aceste proprietăţi nu intră nici în ecuaţia ştiinţei. La urma urmei, empatia, amabilitatea, altruismul, bunăvoinţa, perspicacitatea, bucuria, suferinţa, tristeţea sau tragedia rămîn în afara orizontului biologiei moleculare. Chimia complexă a relaţiilor umane a eludat întotdeauna analizele ştiinţifice. Pentru medicină, această dezumanizare este un virus mortal.

Dar pacienţii nu vor accepta să fie reduşi la obiecte standardizate. Nici unul nu va accepta să fie identificat după boala lui, să fie socotit un ansamblu de piese biologice defecte. Pacienţii au nevoie de un parteneriat cu medici sensibili la sufletul lor la fel de mult ca la anatomia lor care nu funcţionează bine. Ei tînjesc nu după un contract rigid

Scanned with OKEN Scanner

întocmit, ci după o relație de încredere între egali, obținută de doctor prin merit, în timp ce își exercită arta îngrijirii.

O reacție puternică se ridică pe tot teritoriul Statelor Unite. Oamenii sunt mânioşi şi cer dreptul la o îngrijire medicală competentă şi decentă. În acest sens, *Arta pierdută a vindecării* este mult mai relevantă astăzi decât la vremea când a fost scrisă. Cartea oferă o soluție, o ieşire din stufărişul confuz de exagerări, descriind un tip de medicină în care prezența umană se află în centrul îngrijirii medicale moderne, cu o față umană.

Bernard Lown
doctor în medicină, august 1998

Scanned with OKEN Scanner

SC SUPEREXIM SRL – EDITURA LIDER – CLUBUL CĂRȚII
OP 5 CP 15 Sector 4, București
Tel./Fax: 0314.108.648
e-mail: lider@e-xtreme.ro; site: www.trustul-lider.ro

Notă: Membrii CLUBULUI CĂRȚII LIDER beneficiază de următoarele avantaje:

1. Editura suportă cheltuielile de expediere a cărților comandate. În termen de o săptămână de la data comenzii, solicitantul va primi prin poștă, la domiciliul său, cărțile dorite în limita stocului disponibil cu plata ramburs.
2. Reducerea prețului de vânzare este de 15% pentru fiecare comandă.
3. Comenzile se pot face: prin poștă la O.P. 5-C.P. 15, telefonic și on-line la adresa **www.trustul-lider.ro**
4. Taxele poștale sunt suportate de către editură.

Oferta de carte

CULTURĂ GENERALĂ

Philip Stokes	100 CEI MAI MARI GÂNDITORI	31,19
Colectiv	100 CEI MAI MARI SCRIITORI ROMANI	24,90
Stephen Spignesi	100 CELE MAI MARI DEZASTRE ALE LUMII	23,00
Tom Philbin	100 CELE MAI MARI INVENȚII ALE LUMII	23,90
Pierre Miquel	16 EVENIMENTE CRUCIALE ALE ISTORIEI	16,00
Colectiv	CEA MAI FRUMOASĂ ISTORIE A LUMII	13,90
F. Braunstein si J.F.Pepin	RĂDĂCINILE CULTURII OCCIDENTALE	18,90
Marcel Bordet	ISTORIA ROMEI ANTICE	24,50
Larousse	CRONOLOGIE UNIVERSALĂ	24,00
Vahe Zaharian	MARILE CIVILIZAȚII	19,90
Harold Schonberg	VIEȚILE MARILOR COMPOZITORI	35,00
F.lizabeth Abbott	ISTORIA CELIBATULUI	25,90
Jean Propesier	ISTORIA ANARHISMULUI	34,90
Ray Spangenburg si Diane Moser	STORIA ȘTIINȚEI VOL. I	16,00
	ISTORIA ȘTIINȚEI VOL. 2	16,00

Scanned with OKEN Scanner

	ISTORIA ŞTIINŢEI VOL. 3	16,00
	ISTORIA ŞTIINŢEI VOL. 4	18,00
	ISTORIA ŞTIINŢEI VOL. 5	18,00
Jean B. Duroselle	ISTORIA RELAŢIILOR INTERNAŢIONALE VOL.	142,00
	ISTORIA RELAŢIILOR INTERNAŢIONALE VOL.	243,00
Michael White	ÎNFRUNTÂND INCHIZIŢIA	24,90
Fabio Ragno	INIŢIERE IN MISTERELE ISTORIEI	22,90
Stefano Beverini	INIŢIERE IN TELEPATIE	19,90
David Brownstone	ENCICLOPEDIA RĂZBOAIELOR	35,00
Richard Tames	JAPONIA	22,00
N.A. Kun	LEGENDE ŞI MITURI ALE GRECIEI ANTICE	29,90
F Braunstein	ISTORIA CIVILIZAŢIILOR	19,90
Anthony Blond	O ISTORIE SCANDALOASĂ A ÎMPĂRAŢILOR ROMANI	29,90
Dominique Venner	ISTORIE ŞI TRADIŢIE LA EUROPENI	24,90
Rosa Agizza	MITURI SI LEGENDE ALE ROMEI ANTICE	32,90
John Malone	VERDICTUL TIMPULUI	29,90

LUCRĂRI LEXICOGRAFICE

Voichiţa Ionescu	DICŢIONAR ROMAN LATIN	10,00
Georgeta Nichifor	DICŢIONAR ROMAN ENGLEZ 2006	16,90

BIOGRAFII CELEBRE

Lion Feuchtwanger	GOYA	26,00
	ÎNŢELEPCIUNEA NEBUNULUI	29,90
Hannah Pakula	ULTIMA ROMANTICA	27,00
Andre Maurois	POETUL REBEL – VIAŢA LUI SHELLEY	18,00
	UN DON JUAN – VIAŢA LUI BYRON	32,00
	VIAŢA LUI CHATEAU BRIAN	24,00
W.J. JACOBS	GIGANŢI AI ISTORIEI	24,90
M.White, J. Gribbin	VIAŢA LUI DARWIN	22,00
Edmond Rossier	PE TREPTELE TRONULUI	17,50
Evelyne Lever	PE EŞAFOD – MARIA ANTOANETA	25,00
Carolly Erickson	JOSEPHINE – ÎMPARATEASA FRANŢEI	25,00
	ELISABETA I – REGINA VIRGINĂ	28,00
	VIAŢA LUI HENRIC AL VIII-LEA	22,00

Scanned with OKEN Scanner

TITANI AI LITERATURII UNIVERSALE

Andre Maurois	CLIMATE	20,00
Anne Bronte	NECUNOSCUTA DE LA WILDFELLAL	30,00
Samuel Butler	ŞI TU VEI FI TÂRANĂ	28,00

BESTSELLERURI INTERNAŢIONALE

Alicia Dujovne Ortiz	PASIUNEA CONTELUI TOULOUSE	20,00
Amanda Quick	SPAIMELE TRECUTULUI	23,00
Barbara Taylor Bradford	PUTEREA UNEI FEMEI	22,00
	UN VIS ÎMPLINIT	22,00
	UN ALT ÎNCEPUT	22,00
	VIAŢA MERGE ÎNAINTE	23,00
	REVEDERE LA PARIS	22,00
	SECRETUL EMMEI HARTE	26,00
Barbara Delinsky	O TAINĂ DIN TRECUT	21,00
	APE TULBURI	27,00
	CAPRICIILE DESTINULUI	24,00
	SFIDEAZĂ-ŢI SOARTA	22,00
	O LECŢIE DE VIAŢĂ	33,00
	MAI BINE MAI TÂRZIU	29,90
C. Fowler	ATRACŢIE FATALĂ	25,00
Danielle Steel	SUBSTITUIREA	22,00
	NUNTĂ IN STIL HOLLYWOODIAN	25,00
	VULTURUL SINGURATIC	25,00
	CĂLĂTORIA	23,00
	CARUSELUL ÎNTÂLNIRILOR	24,00
	FORŢE IREZISTIBILE	25,00
	SĂRUTUL	25,00
Dean Koontz	NIMIC NU E ÎNTÂMPLĂTOR	37,00
Julia Grice	BĂNUIALA	22,00
Steve Martini	SUB TEROARE	29,00
	PROCESUL	29,90
Elizabeth Thornton	ÎMPOTRIVA RAŢIUNII	22,00

Scanned with OKEN Scanner

Elizabeth Adler	ACUM ORI NICIODATĂ	23,00
	SECRETELE TRECUTULUI	21,00
	LA DOLCE VITA	21,00
	HOTEL RIVIERA	21,00
Emmanuel Robles	NORMA	18,00
Erich Segal	SINGURA IUBIRE	21,00
Francois Mauriac	CĂILE MĂRII	17,00
Gayle Lynds	ACȚIUNEA MASCARADA	30,00
	MOZAIC	32,00
	MAREA SCHIMBARE	30,00
	CONSPIRAȚIA SPIRALĂ	30,00
Graham Greene	MIEZUL LUCRURILOR	24,00
Harlan Coben	UN MESAJ ȘOCANT	21,00
Harold Robbies	MIRAJUL PUTERII	24,00
Iris Johansen	LANȚUL MINCIUNILOR	22,00
Irwing Wallace	FĂRĂ SCRUPULE	28,00
Jackie Collins	SEDUCȚIE FATALĂ	25,00
Jackie Collins	INTRIGI FAMILIALE LA HOLLYWOOD	25,00
Jacqueline Briskin	SINGURUL SECRET	29,00
J. D. Robb	ADULTER	34,90
	ULTIMA IMAGINE	33,90
Joseph Finder	ORA ZERO	28,00
Judith Lennox	OBSESIA UNEI IUBIRI	21,00
James Clavell	TAI PAN VOL. I + II	60,00
	NOBILA CASĂ VOL. I + II	80,00
	KING RAT 2007	34,90
	SHOGUN VOL. I + II	88,00
	VÂRTEJUL VOL. I + II	50,00
James Patterson	MAREA RATARE	25,00
	JACK ȘI JILL	25,00
	TRANDAFIRII SUNT ROȘII	22,00
	VIOLETELE SUNT ALBASTRE	24,00
	BUFONUL	34,90
	ALERTA DE GRADUL ZERO	32,90
	ÎNSCENAREA	33,90
	ȘOARECELE ȘI PISICA	26,00
Justin Scott	IUBIRE TRĂDATĂ	24,00

Scanned with OKEN Scanner

Kenneth Royce	FIUL AMBASADORULUI	20,00
	PE URMELE LUI IUDA	22,00
Leona Blair	DE PARTEA ÎNGERILOR	29,00
Linda Howard	CAPCANA	21,00
Lynda La Plante	BELLA MAFIA	28,00
Lucien Bodard	VĂDUVA LUI MAO	20,00
Lucinda Edmonds	FARA TINE	23,00
Leona Blair	DE PARTEA ÎNGERILOR	29,00
Lisa Jackson	O MINTE DIABOLICĂ	29,90
Michael Hartland	A TREIA TRĂDARE	23,00
	ANUL SCORPIONULUI	25,00
Malika Outkir	PRINȚESA CAPTIVĂ	20,00
Madeleine Brent	LACRIMA LUI BUDHA	17,80
	PIATRA CAPRICORNULUI	24,00
	COMOARA BLESTEMATĂ	23,00
Mary Higgins Clark	FARA SCĂPARE	22,00
	PASAREA NOPȚII	34,90
Michael Crichton	PRIZONIERII TIMPULUI	34,00
Michel De Saint Pierre	MILIARDARUL	22,00
Nelson DeMille	JOCUL LEULUI	30,00
	MISIUNE INGRATĂ	39,00
Nora Roberts	VÂNĂTOAREA DE COMORI	26,90
	DALIA ALBASTRĂ	34,90
	TRANDAFIRUL NEGRU	34,90
	CRINUL ROȘU	34,90
	ÎN ARȘIȚA NOPȚII	33,90
	RĂZBUNAREA	34,90
	FATA DIN VIS	36,90
	MISTERUL TABLOULUI	34,90
	MARTORUL	29,90
	VIZITA NEAȘTEPTATA	34,90
Karin Slaughter	FURIE OARBĂ	24,90
Paul-Loup Sulitzer	DINASTIA O'HARA	22,00
	ÎNVINGĂTOAREA	19,90
Paullina Simons	DINCOLO DE PASIUNE	22,00
Philip Shelby	ATAC LA PREȘEDINTE	22,00
Robert Ludllum	DRUMUL SPRE OMAHA	36,00

Scanned with OKEN Scanner

	PROTOCOLUL SIGMA	34,00
	MANUSCRISUL LUI CHANCELLOR	31,00
	COMPLOTUL GENERALILOR	37,00
	DRUMUL SPRE GANDOLFO	25,00
	DECEPȚIA LUI PROMETEU	33,00
	DIRECTIVA JANSON	38,00
	CASSANDRA COMPACT	25,00
	OPȚIUNEA PARIS	30,00
	VECTORUL MOSCOVA	36,90
	NUMĂRĂTOAREA INVERSĂ	29,90
Sandra Brown	ALIBIUL	30,00
	SITUAȚIE LIMITĂ	20,00
	INVIDIE	30,00
	CĂUTĂRI PERICULOASE	27,00
	CONFIDENTA NOPȚII	26,00
	JURĂMÂNTUL UITAT	24,90
	SPAIMA	34,90
Stephanie Laurens	FEMEIA IDEALĂ	19,50
	ADEVĂRATA FAȚĂ A DRAGOSTEI	29,90
Sinclair Lewis	DR. ARROWSMITH	34,90
Thomas Harris	DRAGONUL ROȘU	25,00
	DUMINICA NEAGRĂ	24,00
Tamara McKinley	SECRETE DE FAMILIE	29,90
Toni Morrison	CÂNTECUL LUI SOLOMON	32,90
Mary McBride	CU ORICE PREȚ	28,90
Harlan Coben	DISPĂRUT FARĂ URMĂ	29,90
Jacques Chessex	CĂPCĂUNUL	22,90
Vera Cowie	SFIDAREA DESTINULUI	32,90

COLECȚIA ROMANTICA

Jude Deveraux	TENTAȚIA	22,00
	CHEMAREA DESTINULUI	27,80
Catherine Cookson	ADEVĂRATA DRAGOSTE	22,00
Johanna Lindsey	RIVALITATE	29,90

Scanned with OKEN Scanner

CARTE MEDICALA

Colectiv	HARRISON – EDIȚIA XV	30,00
Stanley L. Weiner	DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL IN DUREREA ACUTĂ	76,00
Colectiv	DICȚIONAR MEDICAL ILUSTRAT HARPER COLLINS	88,00
Richard M. Stone	TESTE PENTRU AUTOEVALUARE HARRISON	40,00
Colectiv	PRIMUL AJUTOR PÂNĂ LA SOSIREA MEDICULUI	25,00
Colectiv	DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	120,00
Colectiv	EXAMINAREA CLINICĂ	80,00
Irina Holdevici	PSIHOTERAPIA COGNITIVĂ	29,90
Patrick Holford	SPUNEȚI NU BOLILOR DE INIMĂ	19,90
Cristina Magrot	SPECIALIȘTII RASPUND ÎNTREBĂRILOR DVS.	14,90
Ștefan Milea	PROFILAXIA PRIMARĂ	35,00

CARTE JURIDICĂ

Traian Tandin	PARANORMALUL ÎN CRIMINALISTICĂ VOL. I	32,90
	PARANORMALUL ÎN CRIMINALISTICĂ VOL. II	34,40
	ERORI JUDICIARE VOL. I	29,90
	ERORI JUDICIARE VOL. II	32,90
M.Voicu	CURTEA EUROPEANA A DREPTURILOR OMULUI	25,00
Stefan Danes	INDIVIDUALIZAREA JUDICIARĂ A PEDEPSELOR	30,00
Colectiv	CODUL DE PROCEDURĂ PENALĂ	23,00

CARTE DIVERSĂ

James Van Praagh	MESAJE DE DINCOLO DE MOARTE	21,00
Elizabeth Abbott	O ISTORIE A AMANTELOR	27,00
Petre Ispirescu	CELE MAI FRUMOASE BASME	22,00
Valter Curzi	MANUAL DE CHIROMANȚIE	20,00
Philippe de Wally	AL ȘASELEA SIMȚ AL ANIMALELOR	19,00
Sanda Marin	CARTE DE BUCATE	26,90

Scanned with OKEN Scanner

ULTIMELE APARIȚII:

Colectiv	1000 DE BOLI PE ÎNȚELESUL TUTUROR	69,90
Celeste Bradley	CLUBUL MINCINOȘILOR	29,90
Luanne Rice	SFÂRȘIT DE COȘMAR	29,90
Mary Higgins Clark	MESAJE MISTERIOASE	33,90
Amanda Quick	LOVITURĂ DE TEATRU	34,90
Giuseppe Bonavari	CROITORUL DE PE STRADA MARE	18,90
Danielle Steel	PROVOCAREA DESTINULUI	32,90
Nora Roberts	AFACERI MURDARE	34,90
Michael White, John Gribbin	ALBERT EINSTEIN	29,90
Barbara Taylor Bradford	BLESTEMUL UNEI DINASTII	35,90
James Patterson	LISTA NEAGRĂ	34,90
Max Seydlitz	NOAPTEA CEA MAI LUNGĂ	32,90
Mieriei Faucheux	O ISTORIE A RĂULUI	29,90
Jennifer Blake	PROPUNERE INDECENTĂ	29,90
Nora Roberts	PRIN LABIRINTUL RAȚIUNII	34,90
Kristin Hannah	CLIPA MAGICĂ	32,90
Robert Ludllum	EXPERIMENTUL AMBLER	39,90
Carly Phillips	BURLACUL	29,90
Barbara Taylor Bradford	CLANUL EMMEI HARTE	34,00
Neil Somerville	ZODIACUL CHINEZESC 2008	32,90
Martin Seymour Smith	100 CELE MAI IMPORTANTE CARTI DIN ISTORIA OMENIRII	39,90
Robert Ludlum	OPERATIUNEA LAZARUS	39,90

Scanned with OKEN Scanner

CLUBUL CĂRȚII LIDER
OP 5 CP 15 Sector 4, București
Tel./Fax: 0314.108.648
e-mail: lider@e-xtreme.ro; site: www.trustul-lider.ro

Expeditor _____
Strada _____ **Nr.** ____
Bl. _____ **Sc.** _____ **Et.** _____ **Ap.** _____
Județ _____ **Sector** _____
Cod. _____ **Localitate** _____
Telefon _____

CARTE POȘTALĂ
Post răspuns

Nu timbrați
CR

Destinatar:
O.P.5 – C.P.15, sector 4, București

TITLURI COMANDATE:

	Titlul	Nr. ex.		Titlul	Nr. ex.
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

IMPORTANT

Pentru comenzile prin poștă completați talonul cu titlurile dorite.

ATENȚIE, NU ESTE NEVOIE SĂ TIMBRAȚI!

În cazul neridicării comenzilor făcute către editura noastră, vă asumați achitarea taxelor poștale și a taxelor de retur survenite prin expedierea coletelor.

Scanned with OKEN Scanner

Scrisă de unul dintre cei mai mari cardiologi ai lumii, dr. Bernard Lown, *Arta pierdută a vindecării* este o pledoarie pentru reîntoarcerea la esența relației medic-pacient: grija și respectul pentru ființa umană.

Având în spate patru decenii de practică în domeniul cardiologiei și bazându-se pe o vastă cunoștere a literaturii și a istoriei medicale, autorul ne împărtășește zeci de istorisiri captivante din îndelungata sa carieră. Sunt întâmplări despre viață și moarte, despre descoperiri revoluționare și regrete, despre lupta cu suferința, despre forța de a învinge și, mai ales, despre puterea de a iubi.

După cum explică dr. Lown, arta vindecării nu înseamnă să abandonăm spectaculoasele progrese ale științei moderne, ci încorporarea lor într-o abordare umană a îngrijirii medicale.

Accesibilă tuturor categoriilor de cititori, cartea de față, plină de înțelepciune, este un semnal atât pentru medici cât și pentru pacienți că a vindeca este o artă care trebuie regăsită.

EDITURA ȘTIINȚELOR MEDICALE

ISBN 978-973-86571-5-1

5 948390 004480

33,9 LEI (31,11 + 2,79 TVA)

Scanned with OKEN Scanner